

受付日： 年 月 日 AM ・ PM :

マイナ保険証	処置室	診察室

# 診療申込書

診察券番号(カルテNo.)	新患 ・ 再来
紹介状( 有 ・ 無 ) 連絡先( 可 ・ 不可 )	
1. 通常保険 2. 交通事故 3. 健康診断 4. 労働災害 5. 家族相談 6. 自費 7. 生保 8. その他( )	
<b>受診される方の情報</b>	
フリガナ	
氏名	( 男 ・ 女 )
生年月日( 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 )	年 月 日( 歳)
(〒 - )	住所
電話(自宅: - - )	(携帯等: - - )
※ご予約の変更等をご自宅へご連絡させて頂く場合があります。	
<b>※必須記入 上記ご本人様以外の連絡先(※緊急連絡先)</b>	
日中・夜間共に緊急時の連絡が必ず取れる連絡先を記入して下さい。	
フリガナ	
氏名	( 男 ・ 女 ) (続柄: )
(〒 - )	住所
電話(自宅: - - )	(携帯等: - - )
※ご予約の変更等をご自宅へご連絡させて頂く場合があります。	
<b>当院で診療を受けたことはありますか(検査のみの場合でもご記入下さい)</b>	
<input type="checkbox"/> ある( 科 年 月頃 ・ 10年以上前 )	<input type="checkbox"/> ない
<b>ご希望の受診科</b>	
<input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 糖尿病外来 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> その他( )	
<b>ご様子について</b>	
① 本日はどのような症状でしょうか。また、その症状はいつ頃からですか。 ( )	
② これまで大きな病気にかかったことがありますか(入院や手術を要する病気等)。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※有の場合( )	
③ 一緒に来られた方 <input type="checkbox"/> ご本人のみ <input type="checkbox"/> ご家族(続柄: ) <input type="checkbox"/> その他(ご関係: )	
④ 他の医療機関にはかかっていますか。また、何かお薬を飲まれていますか。 ( ) ※お薬手帳をお持ちの方は窓口にご提出下さい。	
⑤ 薬のアレルギー又は合わない薬はありますか。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合( )	
⑥ ペースメーカー等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器(ICD)	
⑦ (女性の方にお聞きします)現在、妊娠されていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑧ 当院をどこでお知りになりましたか。 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 家族・友人・知人 <input type="checkbox"/> 新聞・広告等 <input type="checkbox"/> その他( )	
⑨ マイナ保険証による診療情報の取得に同意されますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

※ご記入された個人情報は、当院の個人情報保護方針に基づき取り扱います。

※当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。