

診療申込書

令和 年 月 日

氏名 _____
ふりがな _____

生年月日 大正・昭和
平成・令和 年 月 日生 (男・女)

住所 (〒 _____)

電話番号 (_____)

(1) 本日診察を受ける場所はどこですか。
(図に○をいれてください。)

(2) いつ頃できましたか。
平成 年 月 日頃から (日前から)
令和

(3) この病気に対して何か治療されましたか。
(他院、家庭用常備薬、薬局、薬店の薬を含む)
はい いいえ
その薬品名は _____

(4) 現在、病気やけがで他から内服薬、注射などの治療を受けていますか。
はい いいえ
薬手帳を持参していますか。 はい いいえ

(5) 今までに内服薬や注射で異常が出たことがありますか。
はい いいえ
その薬品名は _____

(6) 妊娠していますか。あるいはその疑いがありますか。
はい いいえ

(7) 授乳していますか。
はい いいえ

(8) 業務上のけがや病気ですか。(業務上の場合は健康保険は使えません)
はい いいえ

(9) マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。
はい いいえ

(10) 他の医療機関からの紹介状を持っていますか。
はい いいえ

