ID:＿＿＿＿＿＿

# 診　察　申　込　書

令和　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏　　名 | | 男<br>女 | 生年月日<br>大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・令和<br>年　　月　　日（　　歳） |
| 住　所 | 〒<br>TEL（　　－　　－　　） | | |

当院では、マイナ保険証を通した患者様の診療所情報を取得・活用して質の高い医療の提供に心がけております。正確な情報の取得・活用のためにマイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

**① マイナ保険証（保険証と紐付けされたマイナンバーカード）をお持ちですか？**
【　はい　・　いいえ　】
↓
マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか？　【　はい　・　いいえ　】

**② 他の医療機関からの紹介状は持っておられますか？**　【　はい　・　いいえ　】

**③ この1年間で特定健診または自治体健診を受診しましたか？**【　はい　・　いいえ　】

**④ 今日はどのようなことで来られましたか？**

□かぜ　□頭痛　□皮膚病・けが　□腰痛・関節痛　□健診で要再検査
□腹痛　□糖尿病　□ストレス　□甲状腺・乳腺　□健康診断希望
□心臓　□血圧　□目　□手足のむくみ・こわばり　□その他（　　）

体温（　　℃）
体重（　　kg）
身長（　　cm）

**⑤ どのような症状がいつからありましたか？**

症状（　　）
いつから（　　）
どんな風に（　　）
どのぐらい続いていますか？（　　）

**⑥ 今までにかかった病気はありますか？**

□ない　□ある　□高血圧　□喘息　□心臓病　□肝臓病　□糖尿病
□前立腺の病気　□甲状腺の病気　□感染症
□緑内障　□その他（　　）

**⑦ 現在通院中の病院名**（　　）

**⑧ 現在内服中の薬**（　　）

**⑨ 薬剤ｱﾚﾙｷﾞｰはありますか？**　□ない　□ある
↓※あると答えた方
［□ ﾋﾟﾘﾝ ・ □抗生物質 ・ □その他（　　）］

**⑩女性の方にお聞きします**

□ 現在妊娠中　□妊娠している可能性がある　□妊娠していない
前回生理日：　　月　　日　　閉経：　　歳

上記個人情報は、医療の提供の範囲内で利用させて頂きます

*田中ハートクリニック*