

# 診察申込み書

年 月 日

赤尾内科クリニック

|  |  |     |    |
|--|--|-----|----|
| ふりがな   |  | 性別  | 体温 |
| お名前  |  | 男・女 | °C |
| 生年月日・年齢  | 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳   |     |    |
| ご住所  | 〒<br>電話番号: ( ) 携帯: ( )   |     |    |
| 来院のきっかけ<br>(いくつでも)   | ① 看板 ② ホームページ ③ 電話帳 ④ 家が近い ⑤ 知人の紹介<br>⑥ 他院の紹介 ⑦ 通りがかり ⑧ その他( ) |     |    |
| <b>【マイナ保険証について】</b> ※取得した情報を活用することで、よりよい医療を受けることができます。   |  |     |    |
| ・マイナ保険証を利用し、診療情報等の取得に同意する場合：初診時再診時共に <b>1点</b><br>・マイナ保険証を利用しない場合<br>マイナ保険証を利用するが診療情報等の取得に同意しない場合：初診時 3点 再診時 2点<br><br>利用しない ・ 利用する → 健診結果・内服薬の閲覧 <input type="checkbox"/> 同意<br>(どちらか〇をつけてください) <span style="float: right;">ご利用にご協力をお願い致します。</span> |  |     |    |

## 【本日はどうされましたか？】

・お困りの症状

---

・いつごろから

---

【現在他の病気で通院されていますか： いいえ ・ はい 病院名： 】

【現在服用しているお薬はありますか： いいえ ・ はい 】

「はい」とお答えの方：薬の名前または種類

---

【アレルギーはありますか： いいえ ・ はい (薬・食べ物・花粉症・ハウスダスト)】

【タバコ： いいえ ・ はい( 本/日 を 年) お酒： いいえ ・ はい】

女性の方へ (妊娠の可能性はありますか： いいえ ・ はい )