

予診票

日付

カルテNo.

お名前	フリガナ	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
ご住所	〒		電話番号 携帯 緊急連絡先	— — — — — — []
勤務先 学校名			電話番号	— —
身長	cm	体重		kg
※ 同伴者のお名前と患者さんからみてのご関係をご記入ください。		お名前		続柄

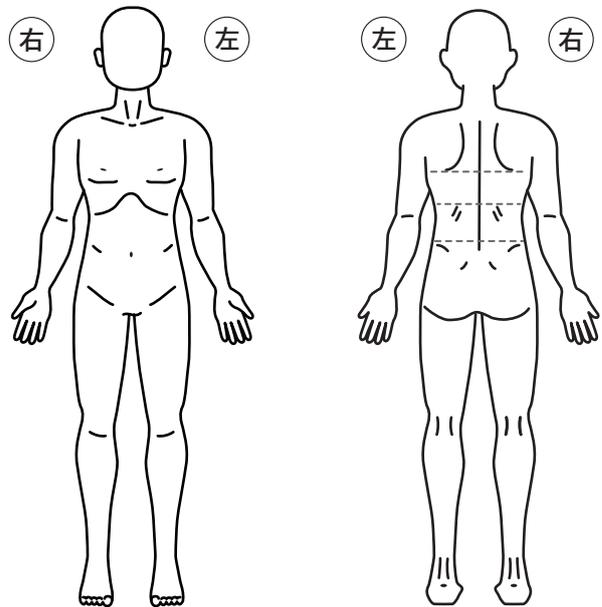
該当するものに○をし、ご記入ください。

■ 紹介状、レントゲンデータ等 お持ちですか？ いいえ・はい → ご提出ください

■ いつ頃から、どのような症状がありますか？

いつ頃 []
 症状 痛い・腫れ・きず・出血・しこり・しびれ
 その他 []

■ 症状のある部位に○をつけてください。



■ 思い当たる原因はありますか？

不明・はい []

■ 交通事故・労災ですか？ いいえ・はい

事故日または受傷日： 年 月 日

■ 現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい
 高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・喘息
 リウマチ・痛風・結核・肝臓病（B・C型肝炎）
 ガン [] ・脳梗塞・その他 []

■ 過去に怪我や病気で、手術または治療を受けたことがありますか？

いいえ・はい []

■ 現在服用しているお薬はありますか？ いいえ・はい

本日お薬手帳はお持ちですか？ いいえ・はい → ご提出ください

※本日、お薬手帳がない方、またはアプリによるお薬手帳の方は服用中の薬を記入してください。
 []

■ 今までに薬や食品、ゴム手袋、金属等でアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ・はい [薬・食べ物などの名前]

■ 女性の方へ 現在妊娠中または授乳中ですか？

妊娠中 [週] ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性ある ・ いいえ

■ 当医院をどのような方法で知りましたか？

人から聞いた・インターネット・他院から紹介された
 その他 []

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・活用するため、
マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
※医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）
加算1:4点 加算2:2点（マイナ保険証を利用した場合）

以下、項目をご確認ください。

マイナ保険証による診療情報取得に同意する場合
マイナ保険証の利用をお願いいたします。

■ 現在、他の医療機関に通院していますか？ 医療機関名、受診日、治療内容等

[

]

■ 現在、処方されている薬がありますか？

（マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記入の省略が可能です。

但し、直近1ヶ月以内の処方薬についてはご記入ください。）

[

]

■ この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

（マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記入の省略が可能です。）

[

]

ここまでお読みいただけましたら、チェックをお願いします。

読みました