

診察申込書

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おります

正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします

ふりがな			生年月日	大 昭	年	月	日
御 姓 名	様	男 女		平 令			
御 住 所	〒						
電話番号		体温	度	15歳以下のお子様 体重 (kg)			

該当する項目の□にチェック をお願いします

1) いつからどこに、どの様な症状がありますか

2) 今までに耳鼻咽喉科でかかった病気、手術がありますか

なし ある どのようなものでしたか

()

3) 今までかかったことのある病気、あるいは、今治療中の病気がありますか

なし その他 (具体的な病名を)

高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 脳梗塞 脳出血

肝臓病 腎臓病 緑内障 結核

4) これまでに薬のアレルギー体質 (発疹など) といわれた事がありますか

なし ある どのような薬ですか ()

↓ 裏面に続きます ↓

5) タバコは吸いますか

いいえ はい (1日 本くらい) 以前吸っていた

6) お酒は飲みますか

いいえ はい

7) 妊娠している可能性がありますか、授乳中ですか (女性の方)

いいえ はい (ヶ月) 授乳中

8) 現在、薬を飲んでいますか

いいえ はい

お薬手帳や薬の説明書き (薬剤情報提供書) をお持ちの場合は受付に提出して下さい。お持ちでない方は、下記へ薬の名前をご記入ください

[]

9) 調剤薬局さんへの処方箋のファックスを希望されますか

ご希望の方は薬局をご指定ください

いいえ はい (薬局名:)

10) マイナンバーカード健康保険証による診療情報取得に同意しますか

いいえ はい