

# 診察申込書

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日 (才) 男・女
住所	〒
電話番号	
緊急連絡先	
症状	1 かぜ症状    2 胃腸症状 3 どうき、息切れなどの心臓症状 4 ふらつき、頭痛、肩こりなどの神経症状 5 健康診断で異常所見あり 6 その他 ( )
薬や注射の副作用	あり <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ピリン・ペニシリン その他具体的に</span> なし
身長・体重	cm kg
その他特別な事	あり <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">常用薬 裏面へ記入 授乳中    ヶ月児 妊娠中    ヶ月</span> なし
最近の渡航歴 (10日以内)	あり <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">場 所 帰国日    月 日 滞在日数    日間</span> なし
健康診断希望の方	身長・体重・血圧・視力・聴力 検尿・胸部レントゲン・心電図・血液検査

現在、他医にかかっていますか？ ( はい ・ いいえ )

はいの方

(病院名： )

既往歴 (常用薬など)

記入欄が足りなければ下枠にご記入ください

ご協力ありがとうございました。 東大友内科

※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お願いいたします。

※加算：マイカードあり・同意 (2点) マイカードなし・同意なし (6点)  
マイカードあり・同意なし (6点)

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？  はい  いいえ