

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 ピリン・ペニシリン その他具体的に なし
身長・体重	cm kg
その他特別な事	あり 常用薬 裏面へ記入 授乳中 ヶ月児 妊娠中 ヶ月 なし
最近の渡航歴 (10日以内)	あり 場 所 帰国日 月 日 滞在日数 日間 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