

フリガナ	性別: 男M・女F	生年月日: 昭和 平成 年 月 日
お名前 (Name)	年齢: 歳 (Age)	(Birth) 令和 (西暦) 年 月 日
現住所 (Address)	電話番号: 携帯 (続柄)	自宅 (続柄)
帰省先	帰省先 (続柄)	勤務先(学校名)

●何科を目的に来院されましたか？

小児科の方(15歳未満)	女性の方
体重: kg	薬の種類: 粉・粒
	妊娠の可能性: 有・無・不明

- 内科 消化器内科 小児科 皮膚科 産婦人科  
 呼吸器内科 整形外科 耳鼻咽喉科 泌尿器科

COVID/インフルエンザ 検査希望の方
車種・色・ナンバー (下段)

●どのような症状(理由)で来院されましたか？

発熱 その時の体温 ( 日 時 ) °C 現在の体温 °C  
 せき のどの痛み 鼻水 頭痛 嘔吐 下痢  
 発疹 痛み (裏面記入) 健診二次検査 他病院紹介 (紹介状: 有・無)

◎その他(詳細)

◎これらの症状はいつからですか？ 月 日 時頃から 日前から

●まわりで感染症が流行していますか？ はい・いいえ

「はい」と答えられた方、どこで何が流行していますか？

場所 (例): OO保育園 家族 勤務先

症状名 (例) コロナ インフルエンザ 溶連菌 ノロ

●マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい・いいえ

※同意することにより、他院で処方された薬等の情報を、医師が取得することができます。

●現在、飲んでいる薬がありますか？ はい・いいえ

※マイナ保険証で情報取得済の方は、下記記載不要です。

(例) ピラリア 血圧の薬 塗り薬 アレルギーの薬

●おくすり手帳をお持ちですか？ はい・いいえ

●現在、他の医療機関に通院していますか？ 現在、治療中の病気がありますか？

大きな病気や手術をしたことがありますか？ はい・いいえ

医療機関名 (1) \_\_\_\_\_ 受診日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 (2) \_\_\_\_\_ 年 月 日

治療内容

●特定健診や高齢者健診を、この1年間のうちに受けましたか？ はい・いいえ (裏面へ続く)

●表面で痛いと言われた方

○どのような症状ですか？

しびれる      動きにくい      腫れている      傷がある      やけど      噛まれた  
〔 その他      〕

○症状が出たきっかけは何ですか？

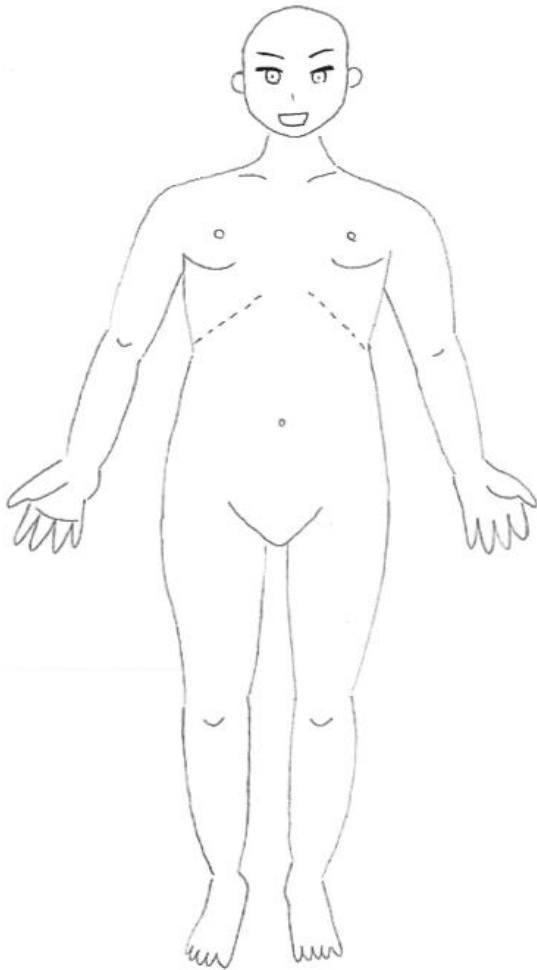
転倒      落ちた      ぶつけた      ひねった      運動中      切った  
挟んだ      交通事故      仕事中      〔 その他      〕

●薬や食べ物等でアレルギー反応やショックなどの急性症状を起こしたことがありますか？ はい・いいえ

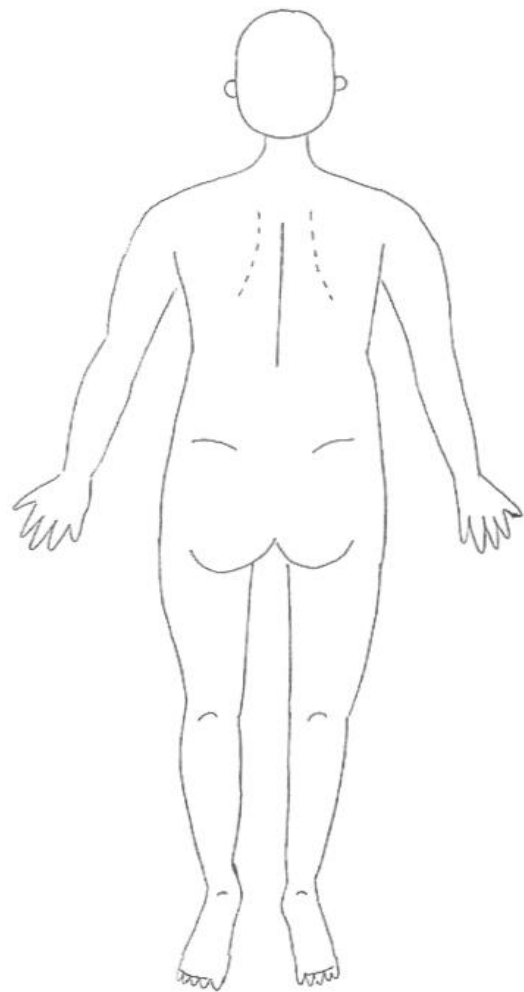
「はい」の場合ご記入ください。

薬物・食べ物〔      〕 その他〔      〕

●診察を希望される部位に○で印をつけてください。



(FRONT)



(REAR)

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。

◆医療情報取得加算(マイナカードを利用された方@加算2・4:1点 その他保険証を利用された方@加算1:3点 加算3:2点)