

# 診療申込書

年 月 日 時 分

記入欄 職員	マイナカード あり・なし
-----------	-----------------

ふりがな	生年月日		大・平 昭・令	年	月	日生
受診者氏名	性別	年齢	満	歳	ヶ月	体重
	男・女					kg
住所	〒 -		自宅			
	長岡京市・向日市 大山崎町・京都市		携帯			
一時帰省者の 滞在先	住所	氏名	電話	方		

※あてはまる□に✓を付けてください

★マイナンバーカード健康保険証による診療情報取得について	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
------------------------------	--

1ヶ月以内に当診療所で 受診されましたか	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	月 日 ごろ
発熱しましたか?	<input type="checkbox"/> はい →	今回の発症で 一番高かった体温 °C 月 日 午前 時ごろ 午後 時ごろ
	<input type="checkbox"/> いいえ →	本日の体温 °C 午前 時ごろ 午後 時ごろ
今日はどうされましたか?	<input type="checkbox"/> 発熱 月 日 時頃~ <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> けんたい感 <input type="checkbox"/> 吐き気・おう吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 湿疹・発疹・じんましん <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> その他 [ ]	
最初の症状は いつからですか?	月 日 午前 時 ごろ 午後 時 ごろ	
現在治療中の病気、 または過去に治療していた 病気はありますか	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(がん 等) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患(気管支喘息・慢性肺疾患 等) <input type="checkbox"/> 心血管疾患(不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全 等) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳出血・脳梗塞 等) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症 等) <input type="checkbox"/> その他 [ ]
現在、服用中のお薬は ありますか	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	薬品名:
食べ物や薬、その他の アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	該当する食べ物や薬等の名前:
[女性の方へ] 妊娠中あるいは 授乳中ですか?	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妊娠している( 月) <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳している
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?	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	受診時期 年 月 ごろ ・ 不明

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。