

受診申込書

申込日 年 月 日

☆お仕事中（労災）又は交通事故でのおケガですか？	はい	いいえ
☆他の医療機関からの紹介状・レントゲン又はCDをお持ちですか？	はい	いいえ
☆マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？	はい	いいえ

〔当院は診察情報を取得・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。〕

《★下記の問診はマイナ保険証に同意された方は記載の省略可能です》

★①この一年間で健診を受診しましたか？	はい	いいえ
★②他の医療機関で処方されているお薬はありますか？	はい	いいえ

▶「はい」と答えた方 ★①指摘事項（ ） ★②薬の名前（ ）

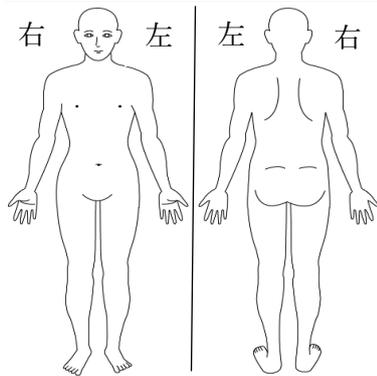
フリガナ 性別 生年月日
お名前 男・女 T・S・H・R 年 月 日（ 歳）

住所（〒 - ）

電話番号：自宅（ ） - 携帯 - -

職業（職種・学校名） 学年 年生

- 1.どこをみてもらいたいですか？ 2.いつ頃からですか？
下の図に○をつけてください 例：○月△日ころから



- 3.痛くなった原因
(分かる範囲で具体的にお書きください)
例：転んで手を着いた・重いものを持ち上げた

4.薬・食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？	はい	いいえ
「はい」と答えた方（どんな薬・食べ物でしたか？）	←	

5.介護保険を申請し利用されていますか？	はい	いいえ
「はい」と答えた方（いずれかに○を付けてください）	←	
要支援 1・要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5		

6.<女性のみ>妊娠中ですか？または、現在授乳中ですか？	はい	いいえ
------------------------------	----	-----

7.現在他に受診されている医療機関はありますか？	はい	いいえ
「はい」と答えた方（いずれかに○を付けてください）	←	
整形外科・内科・眼科・皮膚科・歯科・その他()		

8.過去に入院したことや、手術を受けられたことはありますか？	はい	いいえ
「はい」と答えた方（どのような病気で何歳頃ですか？）	←	

9.スポーツをしていますか？	はい	いいえ
「はい」と答えた方（いずれかに○を付けてください）	←	
少年団・部活動・クラブチーム・趣味・その他()		

スポーツ名： 活動頻度：

チーム名： 競技年数：

種目又はポジション：