

問 診 票

【ID: 】

202 年 月 日

フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
名 前	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳		
住 所	〒				
電 話	[自宅]				
	[携帯]				
勤務先名	[電話]				

受診の理由(症状).	紹介状 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり
------------	--

現在治療している病気(治療開始年齢).	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり
---------------------	--

これまでの手術・入院など(その年齢).	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり
---------------------	--

薬の副作用・アレルギー	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり
-------------	--

女性の方へ	
・妊娠中あるいはその可能性	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり
・授乳中	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり

当院は診療情報を取得・活用することにより、より良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および情報取得同意にご協力をお願いいたします。