

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男 女	年 月 日 (満 歳)
住所	〒 (      -      )		
電話番号	(      ) -	体重 (15歳未満)	kg
今回の受診は『労災』ですか?    →    いいえ ・ はい			

**I. どのようなことで来院されましたか?**

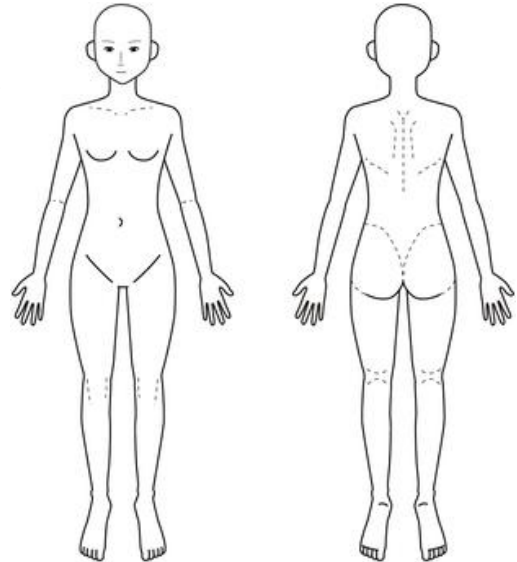
●いつ頃から?

本日 ( ) 時～ ・ 昨日 ・ ( ) 日前 ・ ( ) 週間前  
 ( ) カ月前 ・ ( ) 年前 ・ その他 (                      )

●どの部位に? 右下の絵図に○を記入してください。

●症状は?

かゆい 赤い 痛い 腫れ 皮むけ 発疹 出血  
 しこり イボ タコ ウオノメ 水虫  
 転倒 切り傷 すり傷 やけど  
 その他 (                      )



**II. 今回の症状で他院を受診したことはありますか?**

- ない
- ある

「ある」とお答えの方に伺います。  
 どのような治療または処方を受けましたか?

**III. 過去にかかったことのあるご病気、現在治療中（経過観察中も含む）のご病気はありますか?**

- ない    ある

「ある」とお答えの方はご病気を教えてください。  
 高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・精神病・緑内障・前立腺肥大・癌  
 アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎  
 他:

**IV. 現在内服中のお薬はありますか?    →    ない    ある**

「ある」とお答えの方はお薬をご記入ください。マイナ保険証ご利用の方は記入不要です。  
 ※お薬手帳のご提出でも構いません。

**V. アレルギーはありますか?    →    ない    ある    (内容:                      )**

※裏面もご記入ください。

VI. 女性の方に伺います。

妊娠や授乳中ではありませんか？ → ない ある

「ある」とお答えの方に伺います。

妊娠 カ月／ 妊娠の可能性あり

授乳中 (1日 回程度)

VII. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

ホームページ 看板 新聞・タウン誌 ご家族 近所に在住  
イオンタウンのご利用 チラシ 内覧会 かかりつけ医師  
知人の紹介  
その他 ( )

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おります。  
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。

ご回答ありがとうございました。

