

ふりがな		男・女	大正・昭和・平成・令和	学年
氏名			年 月 日生 歳 ヶ月	または ご職業
住所			電話	
			携帯	

1. 本日の症状について

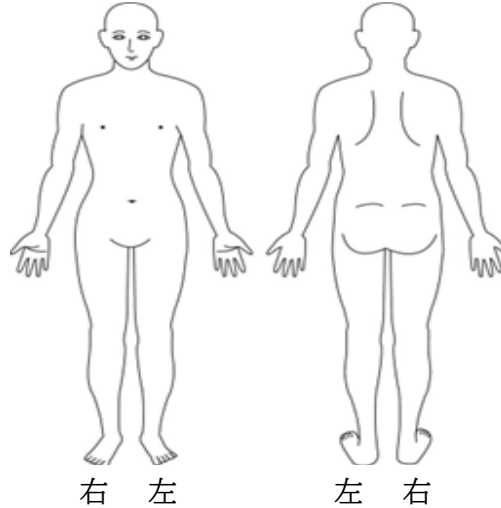
図にご記入下さい

2. それぞれ

「いつ頃から」

「どのような症状」か

ご記入ください



下の項目もご記入お願いします。

① 現在、ほかの病気で治療していますか？

はい(病名) (医療機関名)
いいえ

② 現在、飲み薬(他院・市販・サプリメントなど)を服用中ですか？(はい・いいえ)

はい と答えた方はお薬手帳を診察室でご提示ください。

手帳を忘れた方は、薬品名をご記入ください()

※内服中の薬が不明の場合、一切の処方が出来ない可能性があります。

③ 緑内障にかかられていますか？(はい・いいえ)

④ 過去に大きな病気をしたことがありますか？

はい(病名)・いいえ

⑤ 今まで、塗り薬、飲み薬、注射で発疹や気分が悪くなるなどの異常がありましたか？

はい(薬品名)・いいえ ・わからない

⑥ 発熱がありますか？ はい(°C)・いいえ

⑦ *小児のみ*体重はどのくらいですか？(kg)

⑧ *女性の方のみ*

妊娠されていますか？(はい・いいえ)

授乳中ですか？(はい・いいえ)

⑨ 他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は、受付にご提出ください。

⑩ この1年間で健診(特定健診及び高齢健診に限る)を受けましたか？(はい いいえ 不明)

マイナ保険証による診療情報取得について 同意する 同意しない

初診の方はカルテ等の手続のため、診察の順番が前後する事があります。予めご了承ください。

第5さくら医院

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(マイナ保険証の使用は任意です。当院で使用を強制するものではありません)