原村医院

診療申込書　兼　問診票

年　　月　　日

ふりがな		男・女	生年月日	□大　□昭　□平　□令 年　　月　　日（　　）歳
お名前				
ご住所	〒		電話番号	自宅　（　　） 携帯　（　　）

マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

□ はい
□ いいえ

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致します。

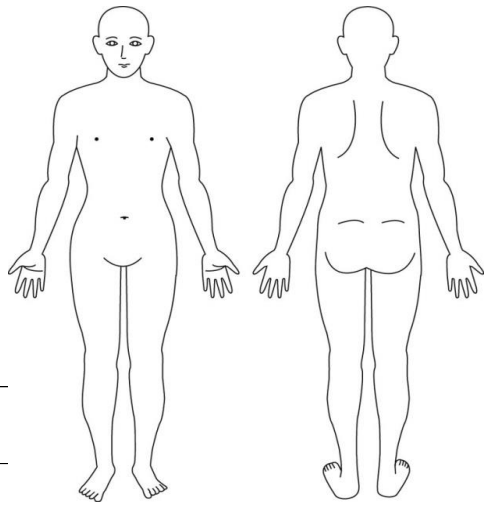
1．当てはまるところにチェック☑をつけてください。

□ 内科　　□ 皮膚科　　□ 小児科（身長：　　cm　体重：　　kg）

□ 熱がある（　　℃）
□ 寒気がする
□ のどが痛い
□ せきが出る（コンコン、ゼイゼイ）
□ 鼻水が出る（水っぽい、色がついている）
□ 頭が痛い
□ 息苦しい
□ お腹が痛い
□ 下痢している（　　回/日）
□ 便秘している（　　日間）
□ 吐き気や嘔吐がある（　　回/日）
□ 禁煙外来
□ その他（　　）

□ 湿疹
□ 発疹
□ かゆみ
□ 水虫
□ いぼ

↓絵に○をつけてください



2．それはいつごろからですか？（　　）

3．現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？
現在治療中の方は、治療を受けている医療機関名もご記入下さい。　→《　　》

□ 高血圧
□ 心疾患
□ 肝臓疾患
□ 腎臓疾患
□ 糖尿病
□ 喘息
□ 前立腺肥大症
□ がん（　　）
□ アトピー性皮膚炎
□ 水虫
□ その他（　　）

4．現在飲んでいる薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい）

□ない　　□ある（　　）

5．1年以内に健診（特定健診または高齢者検診のみ）を受診しましたか？　□ いいえ　□ はい

6．食品や薬などのアレルギーはありますか？

□ない　　□ある（　　）

7．女性の方のみお答え下さい。
・現在妊娠していますか？　□ いいえ　□ はい（　　）週
・現在授乳中ですか？　□ いいえ　□ はい

～ありがとうございました～