

当クリニックは診療情報を取得・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。

※スタッフ記入欄 入力 スキャン お薬手帳 有・無 携帯アプリ 有・無

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

西暦・大正・昭和・平成・令和

生年月日 年 月 日

(ふりがな)

氏名

男・女 満 () 歳 体重 () kg

住所 〒

連絡先 携帯 — — (続柄) 自宅 — —

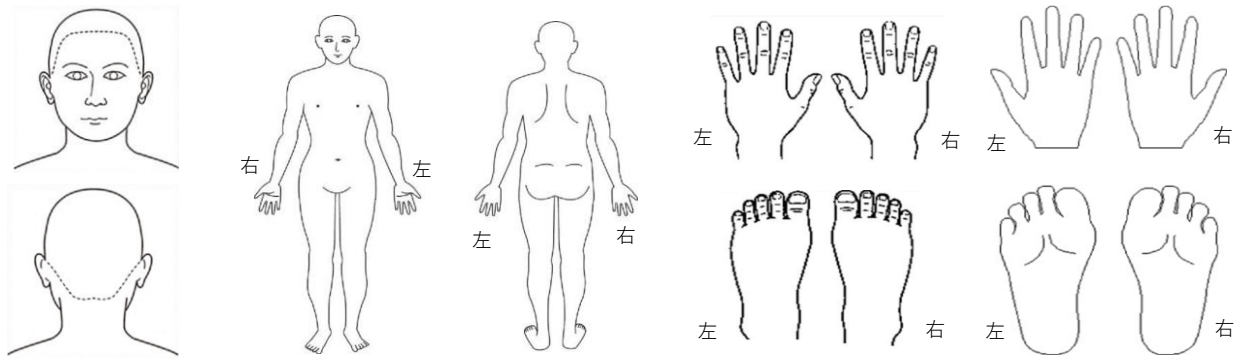
薬物アレルギーの有無	なし ・ ある : 薬剤名 ()
食物アレルギーの有無	なし ・ ある : 種類 ()
●女性の方に	現在妊娠している可能性はありますか？ ・ はい (妊娠 週目) ・ いいえ
	現在授乳中ですか？ ・ はい ・ いいえ

■本日はどのような症状で来院されましたか？

・症状はいつ頃からですか？

・どのような症状ですか？

※症状のある部分に○をしてください



■今回のことでどちらか病院にかかりましたか？

いいえ ・ はい (病院/クリニック 科)

■この1年間で健康診断を受診しましたか？ はい ・ いいえ

■既往歴 (病気、手術など)

なし ・ あり (歳 病名: 手術:)

なし ・ あり (歳 病名: 手術:)

■現在服用中のお薬はありますか？※お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。

なし ・ あり …お薬名 ()

■感染症はありますか？ ※感染症の方はご申告ください。

なし ・ あり … B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV(エイズ) その他()

■当院へは、何がきっかけで来院されましたか？

通りがかり ・ 近所 ・ 阪神岩屋駅看板 ・ JR三ノ宮駅看板 ・ JR摩耶駅看板

阪急王子公園看板 ・ 坂バス ・ ホームページ ・ 紹介 (様から)