



受付・問診票

年 月 日

ID _____

本日の体温 _____℃

お名前	フリガナ
生年月日 T/ S/ H	年 月 日 年齢 歳 男・女
住所 〒	
電話番号	
携帯番号(日中つながる番号)	
緊急連絡先	
Email アドレス(お持ちの方)	@

検査結果など至急連絡が必要な場合がございますので、必ず連絡先をご記入ください。

また、住所・電話番号が変更になった際には、必ずご連絡をお願いします。

みはら医院は個人情報保護方針に基づき、皆様の個人情報を取り扱っております。

ご連絡先の利用に関してご了承をお願い致します。 ☐ チェック欄 ☐ 了承します。

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ください。

マイナ保険証を利用される方 診療情報の取得・活用に同意します。 ☐ チェック欄 ☐ 同意します。

1. 紹介状のご持参: あり・なし
2. 本日はどうなさいましたか? (来院理由に○をつける)
 - 1) 発熱・のどの痛み・咳・鼻水・胸痛・腹痛・血圧異常・頭痛・倦怠感・便秘
嘔吐・下痢 検診にて指摘を受けたため来院
その他() いつ頃からですか? ()

☐ 予防接種を希望 ☐ 胃カメラを希望 ☐ 大腸カメラを希望 (希望に○をつける)

- 2) 今までにかかった病気や現在治療中・通院中の病気があればご記入ください。
無・有()

- 3) 現在内服中のお薬はありますか? お薬手帳持参 あり・なし
無・有()

- 4) お薬で具合が悪くなったことがありますか? アレルギーはありますか?
無・有()

- 5) 女性の方へ: 現在妊娠していますか? していない・している() 週目

- 6) みはら医院をどのようにしてお知りになりましたか?

医師からの紹介・知り合いからの紹介・ホームページ・チラシ・
電柱や通りの看板・案内はがき・その他()