診 療 申 込 用 紙 (Web)

記入日：令和　　年　　月　　日

ふりがな		性 別	生 年 月 日	年 齢
氏 名 Name		男・女	明治・大正 昭和・平成 令和　　年　　月　　日	歳

住 所 Adress	〒　　－	連絡先	電話番号 (Phone)　　－　　－ 携帯 (Mobile)　　－　　－

電子メール E-mail			
勤務先（就学先）		所属クラブ サークル	
気分が悪い時などの緊急時連絡先	お名前	続柄(　　) 電話(　　)	
当院にかかったことはありますか	はい(　　年)　　いいえ		

1．どうされましたか？　交通事故　仕事中のケガ　仕事以外のケガ　病気

2．お薬のアレルギーはありますか？　じんま疹・かゆみ、腫れ､気分不良
どんな症状でしたか？
（　　）

3．現在の病状、経過を簡単にお書きください

4．今までにかかった病気・手術（　　）

5．現在治療中の病気（　　）

6．服用しているお薬（　　）

7．女性の方のみ：現在妊娠 している・していない
授乳 している・していない

8．かかりつけの医師（　　）

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お願いいたします

池田医院