

受診日： 年 月 日	
予約No.	
ID	
保険の種類： 健康保険・自賠責(交通事故)・ 労災	

★マイナ保険証適用中。月初に窓口へご提示ください。

ふりがな		生年月日
お名前	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 歳
ご住所	〒	①自宅電話() ②携帯電話() 保護者名：

マイナ保険証をご利用の際ご記入ください

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか (はい・いいえ)

1年以内に検診 (特定検診及び高齢者検診に限る) を受診しましたか (はい・いいえ)

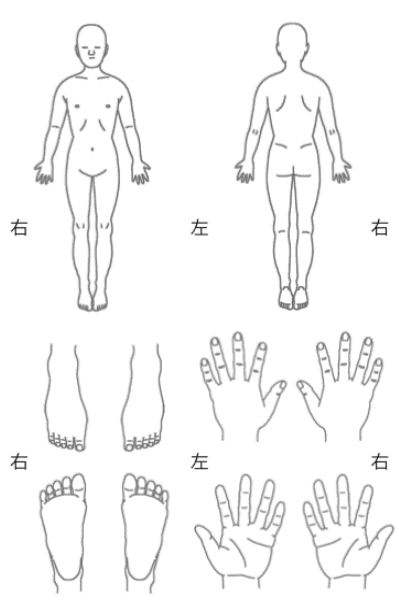
上記のマイナ保険証による同意がある場合は記載不要です

紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
他院通院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	現在服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
既往歴	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬 () <input type="checkbox"/> その他				
薬・食べ物のアレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				

今日はどうされましたか？

場所と原因といつからを記入

症状のある場所に印をつけてください。



The diagram shows a human figure from the front and back, and detailed views of the feet, hands, and fingers. Labels '右' (Right) and '左' (Left) are placed next to the corresponding body parts to indicate the side of the body affected.

交通事故(受傷日：)

相手の保険会社名

労災 (工作中・通勤中) (受傷日：)

* 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。