

よみがな		男 ・ 女	生年月日		
お名前			大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)		

住 所	〒				
電話番号	( )	—	( )	—	( )
	保護者の連絡先	( )			

困っていること・相談したいこと（予診で詳しくお伺いしますので簡単な内容で大丈夫です。）

※当院はマイナ保険証の利用や問診票を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより質の高い医療提供に努める医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。  
 こころとからだつむぐクリニック

- マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

同意する

同意しない

- 他の病院にかかられていますか はい ・ いいえ （お薬手帳があればご記入不要です）

( 病院・医院 科)

- いま服用している薬はありますか ⇒ はい ・ いいえ （お薬手帳があればご記入不要です）

どのような薬ですか ( )

- 薬や食べ物でアレルギー、副作用を起こしたことがありますか ⇒ はい ・ いいえ  
( )

- 以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか？

糖尿病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ 腎臓病

その他 ( )

- 女性の方のみお答えください

妊娠中 (      か月 ) ・ 授乳中 ・ 該当なし