



受診される方は下記の必要事項をご記入のうえ

受付へ提出してください

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

|                                 |                                                                  |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 氏 名                             | ふりがな                                                             |
|                                 |                                                                  |
| 性 別                             | 男 ・ 女                                                            |
| 生 年 月 日                         | T S H R 年 月 日                                                    |
| 住 所                             | 〒                                                                |
|                                 |                                                                  |
| 連 絡 先                           | 自宅番号                                                             |
|                                 | 携帯番号                                                             |
|                                 | その他                                                              |
| どこの具合が悪いですか？<br>症状は？            | (体温: . )                                                         |
| アレルギーはありますか？                    | 有 アレルギーの種類<br>無                                                  |
| 現在飲まれているお薬は<br>ありますか？           | 有 お薬の種類・名前<br>無                                                  |
| 今まで飲んだお薬で<br>異常が出たことはありますか？     | 有 お薬の名前<br>無                                                     |
| 今までにかかった主な病気があれば<br>教えてください     |                                                                  |
| 3ヵ月以内に入院されていたことは<br>ありますか？      | 有 ・ 無                                                            |
| いそだ病院をどこで知りましたか？                | 当院ホームページ ・ インターネット ・ 看板 ・<br>知人から聞いた・紹介された ・ 家族が受診している<br>その他( ) |
| マイナンバーカードはお持ちですか？               | 有 ・ 無                                                            |
| マイナンバー保険証による<br>診療情報取得に同意されますか？ | はい ・ いいえ ・ 持っていない                                                |

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します。