

フリガナ	年齢	男・女	体重 kg	本日の 体温 ℃
氏名	歳 カ月			
希望するお薬の剤形と回数（ご希望に添えない場合があります） 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ 座薬 / 朝夕しか飲めない ＊内服中の薬がある場合は医師にお話してください。				

◆ 症状を○で囲んでください

- ・前回の続き（症状を○で囲んでください）
- ・発疹 ・水疱 ・耳の下の腫れ ⇒受付職員へお知らせください
- ・発熱（ 月 日から） ・頭痛 ・咽頭痛 ・咳 ・呼吸困難・息苦しさ
- ・鼻水 ・嘔吐（本日の嘔吐 回／最後の嘔吐 時）
- ・腹痛（いつも痛い・なみがある） ・下痢（軟便・水様便・血便） ・便秘
- ・アレルギー ・成長ホルモン ・小児外科 ・夜尿 ・心理

※ 各種書類の記入をご希望の方は受付時にご提出ください。

◆ 今回の受診で相談やお伝えしたい内容をご記入ください

--

裏面もご記入ください

◆ 本日受付について

- ・健康保険証 ・マイナンバーカード(以下マイナ保険証)
- 診療情報取得について ・同意した ・同意していない

◆ 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか

- ・いいえ ・はい

◆ 現在、他の医療機関への通院はございますか

- ・いいえ ・はい

(医療機関名： 受診日： 年 月ごろ 症状：)

◆ 今までに入院や手術をするような大きな病気にかかったことがありますか

- ・いいえ ・はい(病名： いつ頃 年 月ごろ)

◆ これまで薬や食品などで、アレルギーを発症したことがありますか

- ・いいえ ・はい(原因： 症状：)

当院は医療情報取得加算算定医療機関です。

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。