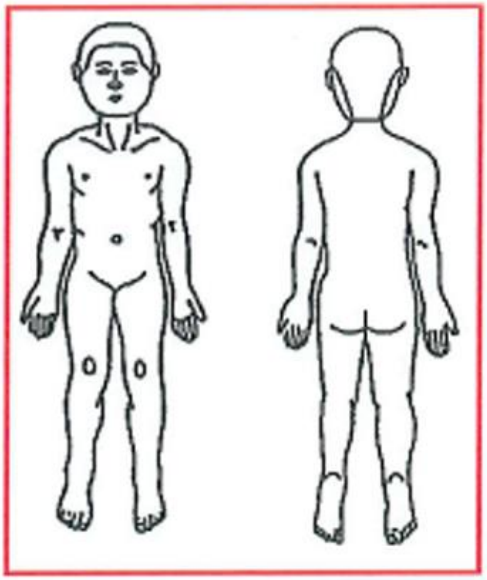
年　　月　　日

住所	〒	TEL 携帯
ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日　年　月　日
お名前		性別　男 ・ 女

★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
★(40 歳以上)この一年間で特定又は高齢者健診を受診しましたか？	はい	いいえ

★本日、相談したい内容は何ですか？いつ頃からですか

下図に印をつけてください↓



（例：頭のかゆみ　〇月〇日頃から）

※できものの切除等の当日手術は当院では行っておりません。

★発熱はありますか？	はい(　　℃)	いいえ

★今回の症状について、どこかで治療を受けたことがありますか？

治療内容・薬の名前など	

★薬のアレルギーがありますか？

はい(薬名　　)	いいえ

★下記の病気と診断されたことはありますか。

緑内障、喘息、花粉症、糖尿病、高血圧、心臓病、肝臓病、腎臓病
その他持病(　　)

★現在内服中、外用中、点眼中の薬はありますか？

はい(薬名　　)	いいえ

★(女性)現在妊娠されていますか？	はい　予定日(　　)	いいえ
★(女性)現在授乳されていますか？	はい	いいえ

★(12 歳以下)体重と剤形の希望を記入して下さい

体重(　　)kg	粉剤希望	錠剤希望

≪自費診療≫	ピアス	帯状疱疹ワクチン

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。