

# 予 診 票

年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢	性別
氏名		大 昭 平 令 年 月 日	歳	男・女
住所	〒 -	自宅： 電話番号 携帯：		
緊急連絡先等				
身長	cm	体重	kg	体温
				°C

- 本日マイナンバー保険証を利用されますか？
  - いいえ  はい ⇒ 診療情報の取得に同意されますか？ 同意する  同意しない
- 検診結果や他院からの紹介状はありますか？
  - いいえ  はい
- この1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？（40才以上の方）
  - いいえ  はい
- 現在、ほかの医療機関に通院されていますか？
  - いいえ  はい ⇒ 【 科 】
- 今までに薬や食品でアレルギー症状がでたことはありますか？
  - いいえ  はい ⇒ 薬品名・食品名 【 】
- 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はありますか？
  - いいえ  はい ⇒ 病名 【 】 【 】歳頃
  - 病名 【 】 【 】歳頃
  - 病名 【 】 【 】歳頃
- 今日はどうしましたか？
  - 紹介状の件  特定健診  健診の再検査  プラセンタ希望
  - 症状がある
    - ↓
    - 発熱  頭痛  腹痛  下痢  耳鳴り、めまい
    - せき  たん  吐き気  嘔吐  息切れ、どうき
    - 鼻水  鼻づまり  食欲不振  むくみ  胸の痛み
    - 喉の痛み  体のだるさ  喉の渇き  やせた
    - その他 【 】
  - ※その症状はいつからですか？ 【 月 日 】

→次ページあります

