

記入日

年 月 日

事務記入欄

 展開済 展開未

ふりがな

体温 ℃

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

氏名

男 ・ 女

電話番号

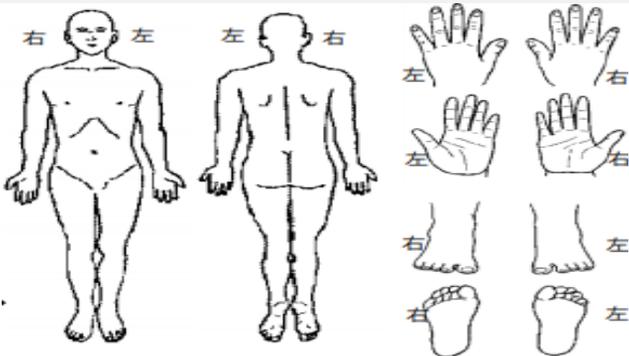
〒

住所

携帯電話番号

皮膚科の症状の方は下記にご記入ください。いつから症状がありますか？（今日・昨日・数日前
1週間前・2週間前 1か月前・それ以上前）

2-1.症状がある場所を、下の図に○をつけてください。



2-2.どのような症状ですか？○をつけてください。

発熱・かゆみ・痛み・かさかさ・ぼろぼろ・
赤くなる・湿疹・水ぶくれ・やけど・切り傷・
虫刺され・水虫・脱毛・いぼ・しみ・アトピー
・診察室で医師に直接相談します
その他（ ）

3. 今回の症状に関して、他の病院にて治療を受けていますか？（ない・ある）

病院名（ ） 受診時期（数日前・数週間前・数か月前）
治療法（ ） 症状の状態（変わらない・悪くなった）

- ① マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？（はい・いいえ）
② ほかの医療機関からの紹介状を持っていますか？（はい・いいえ）
③ この1年で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？（はい・いいえ）

4. これまでにかかった病気、または現在治療中の病気○をつけてください。

糖尿病・高血圧・喘息・胃潰瘍・心臓の病気・腎臓の病気・肝臓の病気・リウマチ・痛風
脳梗塞・前立腺肥大症・がん・腫瘍・甲状腺の病気・緑内障・
心療内科うつ・心療内科パニック障害・その他（ ）

5. 何かお薬は飲んでいますか？（ない・ある）（お薬名： ）

6. 肝臓の機能、腎臓の機能が悪いと指摘されたことがありますか？
（ ない・肝臓障害・腎臓障害 ）

7. アレルギーを指摘されたことがありますか？（ない・ある 原因：食品 薬 その他： ）

8. 女性の方へ：妊娠の可能性もしくは授乳中ですか？（ ない・妊娠中・授乳中 ）

9. 当院受診のきっかけに○をつけてください。（紹介・通りがかり・google・yahoo・ホームページ・電柱看板・）

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。

泌尿器科の症状の方は下記にご記入ください。いつから症状がありますか？（今日・昨日・数日前
1週間前・2週間前・1か月前・それ以上前）

2. どのような症状ですか？

○をつけてください。

・痛み（お腹・側方・背中・した腹・陰部
ペニス・睾丸）
・痛みのあるのは左右どちらですか？
（右側：左側）

・発熱
・尿漏れ・尿が出にくい・排尿時痛い
・ペニスから膿がでる・尿が残る感じ
・尿が近い・血尿・下着に血液がつく
・検診での異常（尿潜血・尿たんぱく
PSAが高い・超音波での異常）
・陰部がかゆい
・勃起障害・男性更年期・脱毛
・診察室で医師に直接相談します
・その他（ ）