

診療申込書・問診票

年 月 日

名寄市風連国民健康保険診療所

フリガナ		性 別	生 年 月 日	年 齢
氏 名		男 ・ 女	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 生	歳
住 所	〒		電 話	
			携 帯	
勤務先名			電 話	
来院目的	今の症状やご心配なことについて、記入して下さい。			体 温
				℃
今までに入院・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？ (病名) (いつ頃) (治療内容)			☐ いいえ	☐ はい
現在、他の医療機関に通院していますか？ (病名) (いつ頃) (治療内容)			☐ いいえ	☐ はい
現在、処方されている薬はありますか？ (薬剤名)			☐ いいえ	☐ はい
※ お薬手帳はお持ちですか？			☐ いいえ	☐ はい
お薬・注射・食品で、アレルギーを起こしたことはありますか？ (薬剤名・食品名)			☐ いいえ	☐ はい
40歳以上の方にお聞きします。この1年間で、特定健康診査 (特定健診・高齢者健診)を受けられましたか？			☐ いいえ	☐ はい

当診療所は、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、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。