

ID	
----	--



Kato medical clinic

# 診療申込書（初診）

Date	
------	--

(フリガナ) 氏名	( )	性別	男・女	年齢	才
		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月
住所	〒				
電話	自宅：		携帯：		

・現在調子のわるいところは（いつ頃からなど）

( )

・今までに薬や食べ物でアレルギーはありますか

はい ( ) いいえ

・通院中の病気、もしくは今まで治療を受けた病気はありますか

高血圧 心臓病 脳梗塞 脳出血 高脂血症 糖尿病 肝臓病  
腎臓病 喘息 結核 前立腺肥大(男性の場合) 緑内障(眼の圧が高い)  
手術歴 ( ) 慢性呼吸器疾患 リウマチ  
悪性腫瘍 ( ) その他 ( )

・現在飲んでいる薬はありますか

はい いいえ

薬手帳がない場合、薬剤名記載 ( )

・たばこは吸いますか

吸わない 吸っている 1日 本

以前吸っていた 1日 本 年間

・かかりつけ医（他院）がありましたら記入してください ( )

・マイナ保険証がある場合、診療情報取得に同意しますか

はい いいえ

（マイナ保険証を利用した場合は2点、利用しなかった場合は4点の加算となります）

・他の医療機関からの紹介状を持っていますか

はい いいえ

・最近1年間に健康診断を受けていますか

はい いいえ

・女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？ はい いいえ

妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ