

内科 予 診 票

☆初めて受診される方、または久しぶりに受診される方は、この予診票を記入し、受付窓口へお出してください。

フリガナ 明・大
受診者名 男・女 才 昭・平 年 月 日生
住 所 〒 - 携帯：
自宅：
勤 務 先 職種() ☎

◇他医療機関からの紹介状

あり：なし

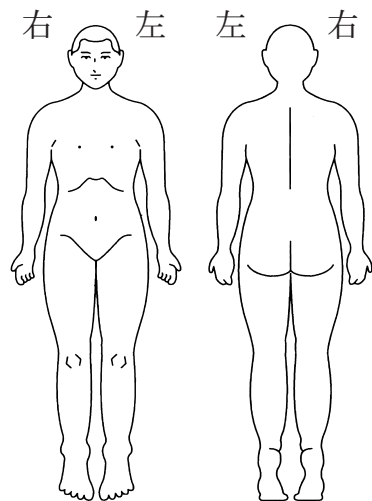
◇どこが具合悪いですか。下図に具合の悪いところを×印や、斜線などで示してください。

◎いつ頃からですか

.....

◎どのような症状ですか（具体的に）

.....
.....
.....
.....



◇現在治療中の病気はありますか。（○をつけて下さい）

心臓病 高 血 圧 脳の病気

糖尿病 ぜんそく 緑内障(目)

その他 ()

◇現在飲んでいる薬はありますか。

ない：ある (何の薬ですか：)
(医療機関名：)

◇これまで現在治療中の病気以外で、大きな病気にかかったことがありますか。

ない：ある (何の病気でしたか。)

◇今まで薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

ない：ある (薬・食べ物の名前)

◇7日以内に、身近な方（同居家族、勤務先等）に感染症に罹った方がいらっしゃいましたか。

いいえ：はい (感染症の種類：新型コロナ インフルエンザ ノロウィルス アデノウィルス)
(その他 (具体的に：))

〔女性の方へ〕

妊娠あるいはその可能性がありますか いいえ：はい

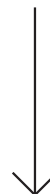
予診票

☐ マイナ保険証による情報取得に同意しますか。 はい ・ いいえ

☐ 他医療機関からの紹介状を持参していますか。 はい ・ いいえ

☐ この1年間で健診を受診しましたか。 はい ・ いいえ

※特定健診・高齢者健診に限ります。
※マイナ保険証による情報取得に同意した方は
省略可。



◆受診時期

◆指摘事項

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。

＜医療機関使用＞

保 マ 忘

ID

名前