

マスクの着用お願い致します。お持ちで無い方は受付で購入お願い致します(¥50)  
 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致します。  
 マイナンバーカード健康保険証による診療情報取得について  同意する  同意しない

フリガナ 氏名	性別	男	・	女
	生年月日	( 歳)		
住所	〒			
	電話番号			
その他	<input type="checkbox"/> 妊娠中	ヵ月	<input type="checkbox"/> 授乳中	★15歳以下の小児は体重の記入 kg

①該当するものにチェックを入れ、ご記入ください。  
 カルテに記録として保存されます。ご自身でご記入下さい。

診察希望 体調の具合や相談内容をお書き下さい。体温 \_\_\_\_\_ °C  
 いつから：  
 どのような症状：

他院で治療中の内服薬がある  
 (重複や飲み合わせ確認の為、内容記載かお薬手帳の提出をお願いします)

定期採血  
 定期処方  
 薬・サプリ・化粧品希望 ( )

検査(レントゲン、心電図は症状により院長判断で行います)  
 アレルギー検査  インフルエンザ  溶連菌  アデノウイルス  肺炎球菌  マイコプラズマ  
 新型コロナウイルス抗体検査(¥3800)  ワクチン接種後抗体検査(¥3500)  
 健康診断(¥7000)  健康診断(¥13000)  ノロウイルス(¥3000)  ピロリ菌検査(¥4000)

メディカルダイエット (現在治療中の方も)以下のご記入をお願いします  
 [ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
 一日の食事回数 \_\_\_\_\_ 回 間食回数 \_\_\_\_\_ 回 排便回数 \_\_\_\_\_ 回 ]

ビタミン注射・高濃度点滴の相談  
 まつ毛育毛  
 AGA  
 ED

②初診、健康診断の方のみ記入  
 ・アレルギーがある。 なし ・ あり →食品： \_\_\_\_\_ 薬品  
 ・今まで大きな病気をした。 なし ・ あり →病名 \_\_\_\_\_  
 ・手術を受けたことがある。 なし ・ あり →病名 \_\_\_\_\_  
 ・輸血をしたことがある。 なし ・ あり →病名 \_\_\_\_\_