

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