初診申込書

申込日　　年　　月　　日

ふりがな		性　別
氏　名	様	男・女
生年月日	明治　大正　昭和 平成　令和　　年　　月　　日　　満　　歳	
現　住　所	〒　　－ （施設　・　自宅）　電　話（　　）　－ 携帯電話（　　）　－	
入所施設名		
緊急連絡先	①氏名　（続柄　　）電　話（　　）　－	
	②氏名　（続柄　　）電　話（　　）　－	
希望診療科	□内科　□整形外科　□泌尿器科　□その他（　　）	
症状について	症状を記入してください （　　）	
マイナ保険証による診療情報の提供	□診療情報の提供に同意します　□同意しません	
紹介状の有無	□他の病院等からの紹介状がある　□ない	
現在通院している病院はありますか	□ある（病院名：　　）　□ない	
アレルギーはありますか？	ない・ある	□薬など（　　） □食物（　　）
現在服用している薬はありますか？	ない・ある	□お薬手帳あり □薬剤情報提供書あり
これまでに大きな病気にかかったことがありますか？	ない・ある（　　） *ある場合は、病名、時期、病院名などを記載してください	
☆この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受けたことがありますか？	ない・ある	
現在、妊娠中又は授乳中ですか？(女性のみ)	いいえ・はい	
身長、体重をご記入ください	身長（　　ｃｍ）　体重（　　Ｋｇ）	
たいせつ安心ｉ医療ネット	加入している　・　加入していない	
臓器提供の意志確認	意思がある　・　ない	

☆マイナ保険証による診療情報の提供に同意した方は記入不要です。

（裏面もあります）

医療法人社団慶友会　吉田病院

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。