

初診時間診票

記入日： 年 月 日

- ◆マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ
◆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

ふりがな
氏 名

生年月日： S H R 年 月 日 身長 cm 体重 kg

ご住所： 〒

TEL (自宅)

—

—

※できる限りご自宅電話番号、
携帯番号を両方ご記入ください

携帯電話

—

—

E-mail:

- 1 本日はどのような症状で来院されましたか？それはいつ頃からありましたか？
どのような症状ですか？

いつからですか？ 日前から・ 週間から ・ ヶ月前から

◆上記の症状について、他院にかかれたことはありますか？ はい⇒ (医院) いいえ

- 2 今までかかった病気があれば○をしてください

・高血圧 ・糖尿病 ・喘息 ・心臓病 ・脳梗塞 ・肝炎 ・結核 ・がん
・腹部手術 詳細 ()

- 3 いつも飲んでいる薬がありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は 受付にお渡し下されば、記載不要です。
はい () いいえ

- 4 食べ物・薬でのアレルギーはありますか？

はい () いいえ

- 5 たばこは吸われますか？ 吸わない 吸う (1日 本 歳から) (年前に) 禁煙した

- 6 お酒は飲まれますか？ 飲まない 飲む (週 回1日あたり)

- 7 かかりつけの医院があればご記入下さい

(病院・医院 科)

- 8 女性の方のみお答えください 妊娠または授乳中ですか？ いいえ 妊娠中 授乳中

- 9 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

☐ 知人の紹介 (様) ☐ インターネット (ホームページ/その他)

☐ クリニックを实际見て ☐ 他院の紹介 ()

☐ ご家族の紹介 ☐ その他 ()

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。