

No.

初診の患者様へ

(初めて当院を受診された方、または3か月以上来院されていない方)

ご住所：

お名前： (フリガナ：)

生年月日： 昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号： 携帯番号：

(連絡の取れる番号をお書きください)

- ✓ マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。
はい ・ いいえ ・ 使用していない
 - ✓ アレルギーはありますか。 はい () ・ いいえ
 - ✓ 介護認定されていますか。 はい (要介護度) ・ いいえ
 - ✓ 現在定期的に診察を受けている病気はありますか。
はい () ・ いいえ
 - ✓ 現在内服中の薬があればご記入ください。
※お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。受付にお預けください。
()
 - ✓ 過去に大きな病気や手術、ケガをされたことがありますか (既往歴)。
はい () ・ いいえ
 - ✓ 女性の方のみ 妊娠されていますか (いいえ ・ はい (約 週) ・ わからない)
授乳中ですか (いいえ ・ はい)
- 本日はどうされましたか (いつから、原因は、症状は) 。

★具合の悪いところを図に示してください。

