

No. 初診時間診票（成人） 受診日 年 月 日

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日(西暦) 年 月 日 ( 才)

住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 自宅 ( )  
携帯 ( )

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

いいえ ・ はい

本日はどうされましたか？

37.5℃以上ある方は  
受付までお申し出く  
ださい

《他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は、受付にご提出ください》

いつから・症状 体重 Kg 本日のお熱 ℃

\*現在、他の医療機関に通院していますか？

いいえ ・ はい (医療機関名/病名 )

\*現在、処方されている薬がありますか？

いいえ ・ はい (薬剤名 )

既往歴 (今までかかった大きな病気)

なし ・ あり (病名 )

アレルギー (薬、食品など) はありますか？

なし ・ あり ( )

この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診) を受診しましたか？ いいえ ・ はい

嗜好品について

タバコ 吸わない・吸う ( 本/日 年) アルコール 飲まない・飲む (毎日・時々)

女性の方にうかがいます  妊娠中  妊娠の可能性なし  妊娠の可能性あり  授乳中

検査希望：なし・あり (PCR・抗原) 連絡のつく携帯番号 ( )  
コロナワクチン接種：未・済 (最終接種 年 月 日 回目)  
ワクチンメーカー ( ) 本日の来院方法 (車《駐車スペースNo. \_\_\_\_\_》・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。

ふちのベファミリークリニック ☺