

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 (S・H・R) 年 月 日 (才 か月)

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？

《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》

37.5℃以上ある方は
受付までお申し出
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・インフルエンザ) 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《駐車券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。

ふちのペファミリークリニック ☺