

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 _____（ ）

↓マイナンバーカードで受付された方のみお答えください

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（インフル・コロナ・溶連菌）

コロナワクチン接種：未・済

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😊