

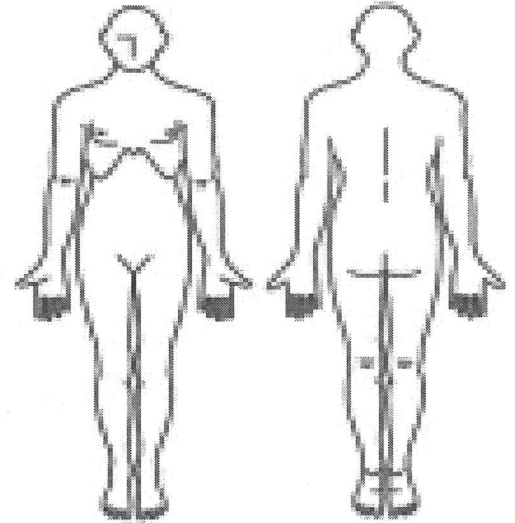
| | | |
|-------------|---------------------------|------------------|
| ふりがな 氏名 | 生年月日 T・S・H・R 年 月 日(歳) | 男 |
| | | 女 |
| 現住所 〒 | | 自宅 TEL : 携帯 : |
| 勤務先 / 学校名 : | | |

★症状のある部位はどこですか？

症状のある部位に印をつけてください

部位:

..... ⇒



★どのような症状がありますか？

★その症状はいつ頃からですか？

★原因と思われることはありますか？

★ 現在、内服している薬はありますか。 『お薬手帳』をお持ちの方は受付に提出してください。
なし あり ()

★ 現在、または今までにかかった病気はありますか？

ぜんそく 胃潰瘍 高血圧 糖尿病 ペースメーカー 緑内障 妊娠(ヶ月)
アレルギー () その他 () 注射で気分悪くなったことがある
通院中の医療機関名() 最終来院日()

★これまで入院や手術を要する病気にかかったことはありますか？

はい → (病名:)
いいえ

★本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

★保険証と紐づけされたマイナンバーカードはお持ちですか？

はい ・ いいえ

↓

本日、診療情報取得に同意されましたか？ (はい ・ いいえ)

★この1年間で 健診を受診されましたか？

はい →(受診時期: 指摘されたこと:)
いいえ