

初診時間診票

住所 _____

令和 年 月 日 電話番号 _____

フリガナ

氏名 _____ 職業 _____

生年月日 昭・平・令 年 月 日 (以前の職業でもかまいません)

下記の質問事項に、ご記入下さい。

●下記のいずれをご持参される予定ですか？

 健康保険証 マイナンバーカードの保険証（以下、マイナ保険証）

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されますか？

 同意しない 同意する

1. 今日は、どこがどのように具合が悪くておいでになりましたか？

症状をお書き下さい。

その症状は、いつ頃から始まりましたか？

2. あなたは、今までに何か大きな病気で治療(入院)、手術などを

受けたことがありますか？

①ない ②ある (病名：)

(いつ頃：)

