

初診時間診票

※ 診察時には同様項目を確認する事があります。

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し  
診療行為のみに使用いたします。 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	男	生年月日	昭	平	令
	女	年	月	日	生
ご住所		電話			

1.他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい ・ いいえ

2.本日受診した症状についておたずねします

(症状の内容：

(発症時期いつから：

(経過：

3.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 : 治療内容

4.現在処方されている薬がありますか？ いいえ

はい (お薬手帳があれば受付に提出して下さい。)

薬剤名：

5.これまでにかかったことのある病気はありますか？ いいえ

はい：病名 時期 年 月頃

医療機関 治療内容

6.この1年で健診 (特定健診) を受診しましたか？ いいえ

はい：受診時期 年 月 日 (頃)

指摘項目

7.これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？ いいえ

はい： ( 薬疹 ・ 食物 ・ 花粉 ・ 動物 ・ 造影剤 ・ 他 )

8.嗜好品について該当がある場合記入して下さい。

アルコール：種類 量 ml ・ コーヒー：1日 杯位 (無糖・加糖)

煙草： 1日 本位 喫煙年数 年 ・ やめた (いつ頃 )

9.現在、妊娠中又は授乳中ですか？ (女性のみ) いいえ ・ はい ( ヶ月・授乳中)

10.マイナ保険証による診療情報取得について 同意する ・ 同意しない

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致します。 R6.6~