

初めて受診される方へ

ふりがな		男・女	生年月日
氏名			年 月 日 (歳)
住所	〒		電話番号 自宅 () 携帯 ()

○他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ いいえ ・ はい

○マイナ保険証は（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）お持ちですか？

いいえ

はい → 診療情報の取得に同意されましたか？ いいえ ・ はい

■本日はどのような症状で来院されましたか？具体的に記入してください。

■今までに指摘された病気、または入院・手術の経験がありますか？

なし ・ あり

病名： _____ (歳頃)

病名： _____ (歳頃)

病名： _____ (歳頃)

■血縁の方に、以下の病気の方がいらっしゃいますか？

当てはまる場合、病名に○印をつけて、() 内に続柄を記入してください。 例：(母)

高血圧 () ・ 心臓病 () ・ 糖尿病 () ・ 脳卒中 () がん () ・
精神疾患 () ・ 喘息 () ・ その他 _____ ()

■アレルギーについてお答えください。

薬のアレルギーはありますか？ なし ・ あり ()

食べ物のアレルギーはありますか？ なし ・ あり ()

その他アレルギーがあれば記入してください ()

■身長 _____ c m / 体重 _____ k g

