

受 診 票

令和 年 月 日

現 住 所	〒			
フリガナ		生 年 月 日		
氏 名		昭和 平成・令和 年 月 日		
自宅電話番号	() -	性別	男 ・ 女	才
携帯電話番号	- -			
本日、来院されたのは？（どうされましたか？）				
あなたは今までに、アレルギーがあると言われた事がありますか。（はい ・ いいえ）				
現在、服用されている薬はありますか。（はい ・ いいえ） 〔 服用されている薬品名（病名） 〕				
あなたはけいれん性の体質がありますか。（はい ・ いいえ）				
あなたは現在までに、次の病気のいずれかにかかった事がありますか ぜんそく じんましん アレルギー疾患 心臓病 胃腸障害 高血圧 腎臓病 肝臓病 糖尿病 異常体質				
あなたは上記以外に大きな病気や手術をした事がありますか。 〔 病名 〕				
女性の方に。 現在、妊娠中あるいはその可能性はありますか。（はい ・ いいえ） 最近、流産をした事がありますか。（はい ・ いいえ）				
あなたは現在、介護認定を受けていますか？（はい ・ いいえ） 介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
マイナンバー保険証により診療情報を取得することに同意しますか？ （ はい ・ いいえ ）				

*当クリニックでは診療情報を取得、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

ご記入が終わられましたら、受付にお出し下さい。

都 ク リ ニ ッ ク