

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)				
あなたは今までに、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