

《初診時間診票》 ※記入できる範囲でご記入ください。

令和 年 月 日

お名前 年齢 職業

と一緒に来院された方のお名前 患者さんとの続柄

ご紹介者 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ 有・無

★マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい・いいえ

1. 本日はどうされましたか？

2. そのことで病院に行かれたことがありますか？

病院名 年 月 から 年 月 まで（通院・入院）診断名

（処方内容）

3. 精神科以外にかかっている病院はありますか？

病院名 診断名

（処方内容）

4. これまでに大きな病気にかかったことはありますか？（入院や手術を要する病気等）

病名 年 月 頃 病名 年 月 頃

5. この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診していますか？ はい・いいえ

健診名 受診時期 年 月 頃 指摘事項：

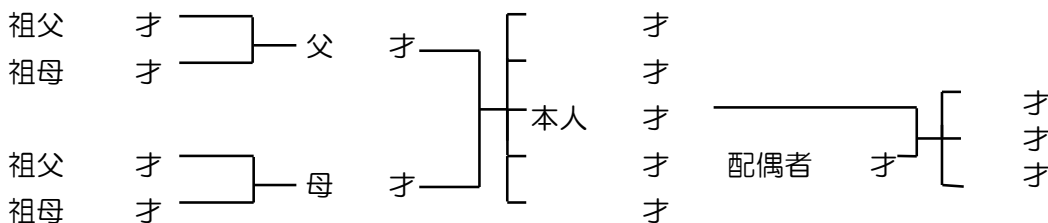
6. アレルギー・副作用について

アレルギー 有（ ）・無

副作用 薬（ ）症状（ ）

7. 現在、妊娠中又は授乳中ですか？ はい・いいえ

8. 家族構成



9. その他、何かございましたらお書きください。

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いたします