

氏名 _____ 来院時体温 _____ °C

①いつから(日時で)どのような症状がありますか？

・始まった順番に書いてください。・前回から続きの方は、その後の症状を書いてください。

②家庭・学校・園で、はやっている病気はありますか？

はい ⇒ (_____)

いいえ

③他の病院で処方されている薬はありますか？

はい ⇒薬の名前をお書き下さい

いいえ 本日 お薬手帳 あり なし 裏面あり

氏名 _____ 来院時体温 _____ °C

①いつから(日時で)どのような症状がありますか？

・始まった順番に書いてください。・前回から続きの方は、その後の症状を書いてください。

②家庭・学校・園で、はやっている病気はありますか？

はい ⇒ (_____)

いいえ

③他の病院で処方されている薬はありますか？

はい ⇒薬の名前をお書き下さい

いいえ 本日 お薬手帳 あり なし 裏面あり

氏名 _____ 来院時体温 _____ °C

①いつから(日時で)どのような症状がありますか？

・始まった順番に書いてください。・前回から続きの方は、その後の症状を書いてください。

②家庭・学校・園で、はやっている病気はありますか？

はい ⇒ (_____)

いいえ

③他の病院で処方されている薬はありますか？

はい ⇒薬の名前をお書き下さい

いいえ 本日 お薬手帳 あり なし 裏面あり

氏名 _____ 来院時体温 _____ °C

①いつから(日時で)どのような症状がありますか？

・始まった順番に書いてください。・前回から続きの方は、その後の症状を書いてください。

②家庭・学校・園で、はやっている病気はありますか？

はい ⇒ (_____)

いいえ

③他の病院で処方されている薬はありますか？

はい ⇒薬の名前をお書き下さい

いいえ 本日 お薬手帳 あり なし 裏面あり

※今月初めて受診する方のみ記入下さい

①マイナンバーカード保険証による診療情報に同意しますか？ はい

②これまでに大きな病気にかかったことがありますか？

(入院や手術を要する病気等) はい いいえ

病名:

いつ頃:

医療機関名:

治療内容:

③この1年間で健診を受診しましたか？ はい いいえ

特定健診及び高齢者健診に限る

④これまでに薬や食品等でアレルギーをおこしたことがありますか？

原因となるもの: ある ない

症状:

⑤現在、妊娠中又は授乳中でありますか？(女性のみ)

妊娠週等: はい いいえ

※今月初めて受診する方のみ記入下さい

①マイナンバーカード保険証による診療情報に同意しますか？ はい

②これまでに大きな病気にかかったことがありますか？

(入院や手術を要する病気等) はい いいえ

病名:

いつ頃:

医療機関名:

治療内容:

③この1年間で健診を受診しましたか？ はい いいえ

特定健診及び高齢者健診に限る

④これまでに薬や食品等でアレルギーをおこしたことがありますか？

原因となるもの: ある ない

症状:

⑤現在、妊娠中又は授乳中でありますか？(女性のみ)

妊娠週等: はい いいえ

※今月初めて受診する方のみ記入下さい

①マイナンバーカード保険証による診療情報に同意しますか？ はい

②これまでに大きな病気にかかったことがありますか？

(入院や手術を要する病気等) はい いいえ

病名:

いつ頃:

医療機関名:

治療内容:

③この1年間で健診を受診しましたか？ はい いいえ

特定健診及び高齢者健診に限る

④これまでに薬や食品等でアレルギーをおこしたことがありますか？

原因となるもの: ある ない

症状:

⑤現在、妊娠中又は授乳中でありますか？(女性のみ)

妊娠週等: はい いいえ

※今月初めて受診する方のみ記入下さい

①マイナンバーカード保険証による診療情報に同意しますか？ はい

②これまでに大きな病気にかかったことがありますか？

(入院や手術を要する病気等) はい いいえ

病名:

いつ頃:

医療機関名:

治療内容:

③この1年間で健診を受診しましたか？ はい いいえ

特定健診及び高齢者健診に限る

④これまでに薬や食品等でアレルギーをおこしたことがありますか？

原因となるもの: ある ない

症状:

⑤現在、妊娠中又は授乳中でありますか？(女性のみ)

妊娠週等: はい いいえ