

初診票

20 年 月 日

フリガナ		自宅電話	
名前		携帯電話	
男・女	職業 ()	緊急の連絡先：	名前：
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日	才 本人との関係：
住所 〒			
マイナ保険証： ない ・ ある→マイナ保険証での情報提供に 同意する・しない ※ 当院ではマイナ保険証活用で正確な情報の取得により質の高い医療の提供に努めています。 ※ 薬手帳・マイナ保険証・最近の健康診断の結果など持参してください。			
どのような症状がありますか？あてはまる症状に○			
◎いつから？ 月 日			
◎発熱 なし・あり (°C/ から)			
◎かぜの症状 なし・あり (咳・痰・鼻水・鼻づまり・のどの痛み・その他→)			
◎おなかの症状 なし・あり (腹痛・はきけ・嘔吐・下痢・便秘・血便・その他→)			
その他の症状： なし・あり →			
入院・手術歴：ある → 才頃 病名			
飲んでいる薬の名前： なし・あり			
くすりや食べ物のアレルギー なし・あり→ ()			
女性の方：妊娠あり・なし 授乳あり・なし			
当院を何でお知りになりましたか？ 家族・知人・広告・インターネット・通りがかり・その他 ()			
馬場内科消化器科クリニック			