新患受付票（大人用）

年　　月　　日記入

ふりがな お名前	男・女・その他
生年月日：大・昭・平・令・西暦　　年　　月　　日（　才）	
現住所：	
自宅電話：	携帯電話：
当院に受診したことのあるご家族名	

症状（いつから・どんな症状か）：

★現在他の医療機関を受診していますか

ない　　ある(　　)

☆他の医療機関さんからの紹介状をお持ちですか

はい　　いいえ

★現在処方されている薬はありますか

ない　　ある(　　)

★これまでに大きな病気にかかったことはあります

ない　　ある(　　)

★薬や食品などでアレルギーをおこしたことはありますか

ない　　ある(　　)

★女性の場合、妊娠の可能性または妊娠中、授乳中ですか

ない　　ある(　　週)　　授乳中

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致します。