

初診問診票

年 月 日

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。

| | | |
|------------|---------------|-------|
| フリガナ 氏名 | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| 住所 | 〒 | |
| 電話番号 | 自宅 () 携帯 () | |

体温 °C 体重(小児のみ) kg

SpO2 %

〈 タバコ 〉 吸わない 吸う(約 本/日)

〈 アレルギー 〉 なし あり()

〈 今日はどうされましたか? 〉

〈 発症日 〉

〈 基礎疾患 〉 なし あり()

〈 治療中の病気 〉 なし あり()

〈 内服中のお薬 〉 なし あり()

※お薬手帳をお持ちの場合は受付にお渡してください。

ご記入ありがとうございました。