

ご記入日 令和 年 月 日

フリガナ		生年 月日	大 昭 平 令 西暦	☐ 男性 ☐ 女性
お名前			年 月 日（ 歳）	
ご住所	〒	電話①	日中連絡をとれる番号：携帯 自宅 職場 — — (ご本人以外の場合の続柄：)	
		電話②	— —	

☐ 家族、学校、職場などに 新型コロナウイルス / インフルエンザ の陽性者がいる
☐ 新型コロナウイルス / インフルエンザ の検査キット等で**陽性**である（ 月 日に陽性）
☐ 新型コロナウイルス / インフルエンザ **陽性の診断**で自宅療養中である（ 月 日に陽性）

[illegible]

お薬手帳	☐ あり ⇒ 診察室ですぐに出せるようご準備ください ☐ なし ⇒ のんでいるお薬がありましたら、ご記入ください()
------	---

当クリニックは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に務めています。正確な情報を取得するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。