

* 氏名

記入日 年 月 日

* 本日受診を希望する科は

泌尿器科

内科

皮膚科

* どうされましたか？

* 年齢 歳

* マイナ保険証による情報取得に同意されましたか？

はい いいえ



いいえの方は必要に応じて
診察室でのお薬手帳の提示を
お願いします

* この1年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？

はい いいえ

(女性の方で)

* 該当する方は○印をつけてください

妊娠中

生理中

授乳中

以下 クリニック使用欄



小林 千里丘 メディカル クリニック