

ID : _____

問診票

_____年 _____月 _____日

ふりがな		職業 ()	
氏名		様 (男・女)	
◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 持っていない			
生年月日		大・昭 平・令 年 月 日 (歳)	
住所 ※住民票ではなく居住されている住所です。建物名・部屋番号までご記入ください。 〒			
電話番号 ()		— 携帯	
請求書・領収書送付先 (上記住所と同じ)		(上記住所以外に郵送を希望する場合はご記入ください。 〒 (様宛)	
ご相談や緊急時に 窓口となる方		様 (続柄:)	
電話番号 ()		— 携帯	
訪問時の駐車場		(有・無) 場所:	
1週間のご予定 (訪問入浴・デイサービスなど)			
曜日	ご予約	訪問・通院できる日に○を	
月曜日 (午前)			
(午後)			
火曜日 (午前)			
(午後)			
水曜日 (午前)			
(午後)			
木曜日 (午前)			
(午後)			
金曜日 (午前)			
(午後)			
※1 外来担当医は曜日・時間帯によって異なります。火・木は午前診療のみです。 ※2 訪問診療の場合、土・日曜日に定期訪問はしていません。 ※3 訪問看護・介護と重なっても訪問させていただく場合がございます。			
アレルギーの有無	なし・有 () / アルコール消毒 (可・不可)		
その他ご要望など			

ご協力ありがとうございました。個人情報については当院の個人情報保護方針に従い適切に取り扱います。

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。

清水メディカルクリニック新長田