

# そのだクリニック 受診票・問診票

記入日： 年 月 日                      記入者： 本人 ・ (                      )

ご本人	フリガナ 氏 名	生年月日 年 月 日	男・女	
	住 所	ひとり暮らし・施設同居 (                      )		
	電話番号a:	電話番号b:		
窓口となる人	フリガナ 氏 名	ご本人とのご関係		
	住 所			
	電話番号c:	電話番号d:		

※電話番号a, b, c, dのうちクリニックからの連絡時優先するもの2つに○をつけてください a b c d

●そのだクリニックをどこで知りましたか？ (複数回答可)                      市役所 ケアマネ 地域包括  
ホームページ 駅看板 (総持寺・富田・茨木市) 広報誌 前を通りかかって 知人 かかりつけ医

●本日は下記のいずれをご持参されましたか？  
健康保険証                      マイナンバーカードの保険証 (以下マイナ保険証)

●マイナ保険証で受診の方にお尋ねします。  
あなたの診療情報 (服薬歴、健診歴など) を当院が取得することに同意されましたか  
はい                      いいえ

●直近1年間で健診 (特定健診や高齢者健診など) をうけられましたか？  
受けていない                      受けた : 健診名 (                      )  
いつ頃 (                      年                      月ごろ                      )

●これまでに薬や食品などでアレルギーを発症したことはありますか  
なし                      あり :

●嗜好品について お酒                      飲まない                      飲む : 週に (                      ) 日/種類・量 (                      )  
タバコ                      吸わない                      吸う : 1日に約 (                      ) 本× (                      ) 年間

●現在通院されている病院/かかりつけ医はありますか  
(                      科                      )                      (                      科                      )

●車やバイクは運転しますか                      している                      していない                      返納した (                      年 )

