

カタカナ		
氏名		
※変更ある場合記入 住 所	〒 ー	
※変更ある場合記入 電話番号	自宅 ()	携帯 ()

[illegible]

いいえ はい（ 病院名 病名 ）

いいえ はい（薬剤名）

いいえ はい（ 薬剤名 症状 ）

いいえ はい（ 病名 いつごろ ）

いいえ はい（ 月ごろ 指摘事項: ）

いいえ はい ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 喘息 ☐ 脳卒中 ☐ 癌
 ☐ その他（ ）

いいえ はい（ 1日 _____本 ・ 喫煙歴 _____年 ）
 （ 以前吸っていたがやめた : _____前まで吸っていた ）

いいえ はい (毎日 ・ 週1~2回 ・ 時々 ・ 1回の飲酒量 _____ml)
(以前飲んでしたがやめた : _____ 前まで飲んでいた)

いいえ はい（ 妊娠中 ・ 授乳中 ）

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お願いいたします。



医療法人社団斗花会
ベニバナファミリークリニック