

\* 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