

*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