

外来問診票（再診）

受付番号

職員記入欄 年 月 日

BT BP / mmHg

SpO2(RA) % PR bpm

(氏名) (フリガナ) 男 女

(生年月日) 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

(電話番号 必要時クリニックから連絡してよい番号を記入してください)

■ 具合の悪いところを具体的に記入してください。

年 月 日より

■ 今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい 医療機関名 (日時)

■ 現在、飲んでる薬はありますか？

なし あり

■ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり ()

■ 女性の方へ

妊娠している可能性はありますか？ ない ある

授乳中ですか？ いいえ はい

■ 受診される皆さまへ

裏面の記載事項について予めご了承くださいますようお願いいたします。

院内は全面禁煙です。

毎月初回受診日には「保険証」を提示してください。提示されないと自費扱いとなる場合があります。「公費医療等の受給者証」をお持ちの方は、保険証とともに提出してください。お持ちの保険証が変わったとき、あるいは記載内容に変更があったときには、その都度受付へお申し出ください。

交通事故・労災による診療や区民健診はおこなっていません。

領収書と診療明細書、処方箋の再発行は行いませんので、会計終了時にご確認ください。

基本的には受付された順番で呼びしていますが、診察の内容により順番が多少前後する場合がございます。

診察券は発行いたしません。再診時は氏名と生年月日、電話番号の確認をおこないます。