



〒 \_\_\_\_\_

年 月 日

住所: \_\_\_\_\_

自宅電話: ( \_\_\_\_\_ )

フリガナ \_\_\_\_\_

年齢 ( \_\_\_\_\_ ) 才

携帯電話: ( \_\_\_\_\_ )

氏名 \_\_\_\_\_

男 ・ 女

体温: \_\_\_\_\_ °C

■ マイナ保険証による診療情報取得について  同意する  同意しない

■ 他の医療機関の紹介状をお持ちですか  はい  いいえ

■ 受診時の症状について

・いつからですか ( \_\_\_\_\_ )

・どこがどのように悪いですか ( \_\_\_\_\_ )

・今回の症状で他医療機関にかかりましたか  はい  いいえ

\_\_\_\_\_ 年 月 医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )

■ 現在、他医療機関に通院されていますか

はい (医療機関名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_)  いいえ

■ 飲んでいるお薬はありますか

はい  薬剤名 ( \_\_\_\_\_ )  いいえ

■ ご家族で当院に来院された方はいますか

はい (氏名: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_)  いいえ

■ 手術の経験はありますか

はい (病名: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_)  いいえ

■ 輸血を受けたことがありますか  はい  いいえ

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックしてください。

喘息 ( \_\_\_\_\_ 才頃)  結核 ( \_\_\_\_\_ 才頃)  高血圧 ( \_\_\_\_\_ 才頃)  糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 才頃)

脳卒中 ( \_\_\_\_\_ 才頃)  がん ( \_\_\_\_\_ 才頃)  心臓病 ( \_\_\_\_\_ 才頃)  その他 ( \_\_\_\_\_ 才頃)

■ 薬、食品、その他のアレルギーはありますか

はい (薬: \_\_\_\_\_ 食品: \_\_\_\_\_ 他: \_\_\_\_\_)  いいえ

■ この1年間で検診(特定健診・高齢者健診に限る)をされましたか

はい (いつ頃: \_\_\_\_\_)  いいえ

■ タバコを吸っていますか  吸う  過去に吸っていた  吸わない

※ 吸う方、過去に吸っていた方 (1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間)

■ アルコールは飲みますか  飲む  過去に飲んでいた  飲まない

(種類: \_\_\_\_\_ 1日 \_\_\_\_\_ 杯/本  毎日  時々  月に \_\_\_\_\_ 回程度)

■ 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか  はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月)  いいえ

最終月経 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ・ 現在)  閉経している

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をお願いいたします。