

ふりがな お名前	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳
住所 〒	
電話 (自宅・会社)	携帯
E-mail	

マイナ保険証による診療情報の取得に同意 する しない

当院をどのようにお知りになりましたか？

- 他院からの紹介(紹介状あり) 知人の紹介(_____)様
 ホームページ ドクターズファイル 当院の看板 その他(_____)

① 本日はどこがどのように具合が悪いですか？

体温 _____ °C

② 上記の症状はいつから起こっていますか？

- (今日・昨日) の (_____) 時から
 _____ (日・週間・ヶ月・年) 前から

③ これらのことで、これまで医療機関を受診したり治療を受けたことがありますか？

- 今回が初めて
 これまで受診したことがある いつ？(_____) (_____) 病院・医院
 治療・投薬内容(_____)

④ 現在治療中の病気や、これまでにかかった病気(手術も含む)はありますか？ ない ある

→「ある」の方

- 病名(_____)(_____)歳・病名(_____)(_____)歳
 病名(_____)(_____)歳・病名(_____)(_____)歳

⑤ この1年間で健診を受けていますか？ はい いいえ

→「はい」の方 時期(_____ 月) 指摘事項(_____)

⑥ 食べ物やお薬のアレルギーはありますか？

- なし あり → (_____)

⑦ あなたの血縁関係の方に次の病気の方はいらっしゃいますか？

- 癌 脳出血 脳梗塞 心筋梗塞 狭心症 糖尿病 高血圧
 肝炎 腎臓病 結核 その他(_____)

⑧ 飲酒について

- 飲まない
 付き合い程度→(_____ 月 _____ 回) 何を?(_____) 1回にどれくらい?(_____)
 飲む→(毎日・週 _____ 回) 何を?(_____) 1回にどれくらい?(_____)

⑨ 喫煙について

- 吸わない 以前は吸っていた → (_____)歳 ~ (_____)歳 まで 1日(_____)本
 吸う → 1日(_____)本 (_____)年間 禁煙したいと思いませんか？(思う・思わない)

女性の方のみお答えください。

- ⑩ 現在、妊娠あるいは授乳していますか？ はい(妊娠 _____ 週) いいえ 授乳中
 ⑪ 最終月経はいつですか？ (_____ 月 _____ 日) 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。

ありがとうございました