

ふりがな	生年月日		
お名前	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 現在、自覚症状はありますか？

- ない ある

「ある」を選択された場合、以下の中からあてはまる症状を選択してください(複数回答可)

発熱している ・ 頸部が腫れてきた ・ 頸部が痛い ・ 痩せてきた ・ 太ってきた
 食欲が亢進している ・ 食欲がない ・ 動悸がする ・ 手が震える ・ 暑がりになった
 寒がりになった ・ 眼が出てきた ・ 汗をよくかく ・ 皮膚が乾燥している ・ 下痢気味である
 便秘がちである ・ 毛がぬける ・ 体がだるい ・ いらいらする ・ やる気がおきない
 手足が麻痺して動かない ・ その他()

② 上記の症状や今回の受診のきっかけはいつから起こっていますか？

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う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 いつから？() () 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甲状腺の病気の方はいますか？

- いない いる (どなたですか？→ 祖父、祖母、父、母、兄、弟、姉、妹、子)

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すか？(思う・思わない)

女性の方のみお答えください。

⑩ 現在、妊娠・授乳していますか？ はい(妊娠 週) いいえ 授乳中

⑪ 現在、月経は規則正しいですか？ はい いいえ

⑫ 今後、妊娠の希望はありますか？ はい いいえ

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