

◆診察を受けられる方へ◆

氏名 _____ 様 (_____ 歳) 男・女 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

●本日は、次のいずれをご持参されましたか？

☐ マイナンバーカード保険証(以下、マイナ保険証) ☐ 健康保険証

↳ 診療情報(服薬歴、健診歴など)を当院が取得することに同意されましたか？

☐ 同意した ☐ 同意していない

●直近 1 年間で健診(特定健診や高齢者健診など)を受けられましたか？

※前述にて診療情報の取得同意された方は記載不要です

☐ 受けた (健診: _____) (いつ頃: _____ 年 _____ 月 _____ 日) ☐ 受けていない

●今日はどのようなことで受診されましたか？(複数可)

☐ 紹介状あり ☐ 胸が痛い ☐ 胸が苦しい ☐ 動悸 ☐ 脈の乱れ ☐ 血圧が高い
☐ 咳 ☐ だるさ ☐ のどの痛み ☐ 発熱 (_____) 度 ☐ 鼻水 ☐ 頭痛 ☐ お腹が痛い
☐ 吐き気 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 食欲不振 ☐ 体重減少 ☐ むくみ
☐ 健診等の精密検査 ☐ その他(_____)

●いつごろからですか？ (_____)

●現在飲んでいるお薬はありますか？

☐ ある (お薬手帳やお薬に関する情報がありましたら、受付の際に提出してください) ☐ ない

●アレルギーはありますか？

☐ ある お薬 (_____) 食品 (_____) その他 (_____) ☐ ない

●入院したり、手術を受けたり、通院している病気がありますか？

_____ 歳頃 病名 _____	_____ 病医院名 _____	_____ 通院中・入院・治った
_____ 歳頃 病名 _____	_____ 病医院名 _____	_____ 通院中・入院・治った

●アルコール類を飲みますか？ ☐ 飲まない

☐ 飲む 【☐ 日本酒 ☐ ビール ☐ 焼酎 ☐ その他 (_____)】 ☐ 毎日 ☐ たまに

●タバコは吸いますか？ ☐ 吸わない ☐ 吸う (1 日 _____ 本くらい) ☐ 禁煙した

●身長と体重を教えてください。 身長 _____ cm 体重 _____ kg

●女性の方のみお答えください。

最終月経 _____ 月 _____ 日 授乳中・妊娠中 _____ 閉経の年齢 _____ 歳

●当院へはどのような交通手段で来院されましたか？

☐ 徒歩 ☐ 自家用車 ☐ 自転車 ☐ バス ☐ JR ☐ 地下鉄 ☐ タクシー
☐ その他 (_____)

●当院をどのようにして知りましたか？

☐ ホームページ ☐ 看板 ☐ 知人からのご紹介 ☐ ご家族が通院中(_____)
☐ 広告 (_____) ☐ 講演会 ☐ その他 (_____)