

診察券ID ふりがな _____ 記入日 年 月 日 _____
 お名前 _____ (男・女)

生年月日 _____
 西暦 年 月 日(歳 ヶ月) _____ 来院時体温 _____℃

ご住所 〒 _____

お電話番号 - - 緊急連絡先 携帯番号 - -

1、今日は主にどのような症状(あるいは目的)で来院されましたか？症状に○をつけて
 いつから始まったか、どんなことに困っていらっしゃるか教えてください
 *紹介状 (あり・なし)
 ・健診結果相談 ・慢性疾患の相談 ・花粉症 ・膀胱炎 ・胃痛 ・慢性頭痛
 ・その他

2、既往歴(生まれつきの病気、通院中の病気、入院、手術など)はありますか？
 (はい・いいえ)

3、家族の病歴 わかる範囲で教えてください
 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・気管支喘息 ・その他

4、現在使用している薬はありますか？(はい・いいえ) お薬手帳 (あり・なし)
 薬名:

5、今まで使用した薬で副作用がでたことはありますか？(はい・いいえ)
 薬名: 症状:

6、今までに健診などで異常を指摘されたことがありますか？(はい・いいえ)

7、タバコは吸いますか？(吸う・吸わない・吸っていた) *禁煙したのは 歳
 紙巻きタバコ・加熱式タバコ・電子タバコ

8、飲酒はされますか？(飲む・飲まない・飲んでいた) *禁酒したのは 歳
 種類:ビール・日本酒・焼酎・ワイン・その他

9、女性の方へ聞きます 現在妊娠中ですか？(はい・いいえ)授乳中ですか？(はい・いいえ)

10、マイナ保険証による診療情報取得に同意 (する・しない)
 *当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています
 そのため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願い致します