

ふりがな \_\_\_\_\_  
 氏名 様 歳 (男・女)

付添 無・有  
 (ご関係 )

- ・マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ (いいえ・はい)
- ・他の病院・医院からの紹介状はお持ちですか？ (ない・ある)
- ・健康診断の結果はお持ちですか？ (ない・ある)

今日はどのようなことで受診されましたか？○をつけてください

**外科受診の方**

痛み

[ 鼠径部 (足の付け根) ・ 背部 ・ 頸部 ・ その他 ]

[ できもの・しこり・腫れ ]

[ 鼠径部 (足の付け根) ・ 背部 ・ 臀部 ]

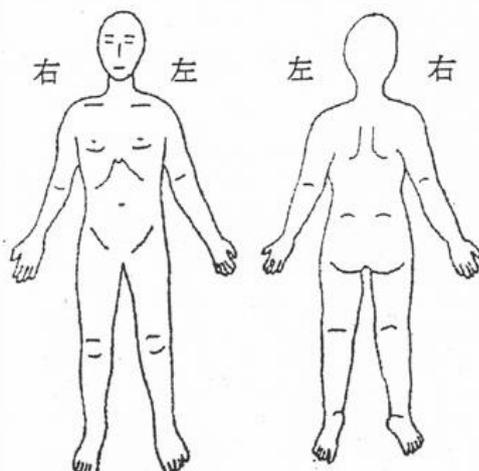
[ 頸部 ・ 甲状腺 ・ その他 ]

**消化器外科受診の方**

[ 腹痛 ・ 下血 ・ 嘔気、嘔吐 ]

**その他**

[ ]



・その症状はいつ頃からですか？ ( から)

・その症状のことで他の病院に行った方は下記にご記入ください

・いつ ( ・病院名 ( ・内容 (検査・薬・その他 ) )

- ・今までで治療した、または現在治療中の病気はありますか？○をつけてください
- ・脳梗塞・脳出血・緑内障・白内障・狭心症・心筋梗塞・不整脈・高血圧・高脂血症
- ・糖尿病・肺の病気・喘息・肝臓の病気・膵臓の病気・腎臓の病気・認知症・前立腺肥大
- ・精神の病気 ・がん (部位 ) ・その他 ( )
- ・今まで手術をうけたことがありますか？  
(ない・ある (いつ: 病名: ) )
- ・今まで胃カメラをしたことがありますか？  
(ない・ある (いつ: ) )
- ・今まで大腸カメラをしたことがありますか？  
(ない・ある (いつ: ) )
- ・現在他院からの薬を服用しているものがあればお書きください  
(ない・ある ( ) ・お薬手帳参照)
- ・現在かかりつけの病院・医院はありますか？  
(ない・ある (病院名: ) )
- ・この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか  
(ない・ある (いつ: 指摘事項: ) )

