

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

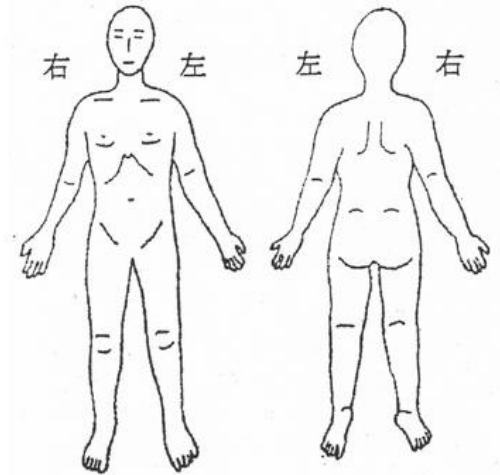
( )

### 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 )
- ・特に調べてほしいこと、ご希望の検査、治療がありましたら、ご記入ください。  
 ( )

- ・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 ( )
- ・今まで手術を受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： ））

・ペースメーカーは入っていますか？

（いいえ・はい（ ））

・体内に金属類は入っていますか？

（いいえ・はい（ ））

・タバコは吸いますか？

（いいえ・はい：1日 本 年間・ 年前にやめた）

・アルコールは飲みますか？

（飲まない・飲む（種類： 、 回／月・週・日、機会飲酒程度）

・食べ物、薬剤などでアレルギー症状をおこしたことはありますか？

※発疹、気分不良、ショックなどおこしたことがある方はお書きください。

（いいえ・はい（ ））

・（女性の方）現在妊娠中ですか、もしくは可能性はありますか、また授乳中ですか

（いいえ・はい（妊娠中・授乳中）・その他（ ））

・当院、当科をどちらでお知りになりましたか？

（ホームページ・知人の紹介・近所だから・通りがかり・知り合いがいる・その他（ ））

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お願いいたします。