

ふりがな

(歳) (男・女)

付添 無・有

氏名

様

身長

cm、体重

kg

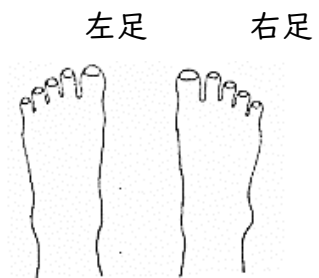
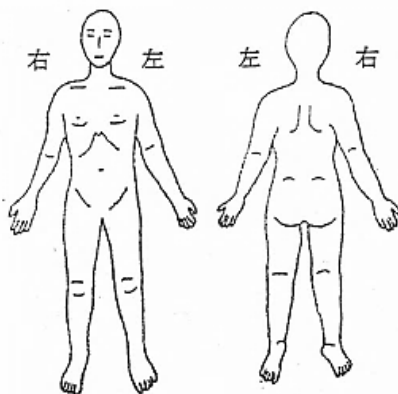
(ご関係

)

- ・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)

- ・業務中、通勤途中、交通事故によるものですか？
(いいえ・はい → 業務中・通勤途中・交通事故)

診察希望部位に○をつけてください



- ・その症状はいつ頃からですか？ (から)
- ・どのような症状がありますか？
- ・症状のきっかけや思い当たる原因はありますか？
(いいえ・はい →)
- ・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 ()
- ・今まで手術をうけたことはありますか？
(ない・ある (いつ： 病名：))
- ・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)
- ・血をサラサラにする薬を飲んでいますか？ (いいえ・はい)
- ・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：))

