

(車イス・歩行器)

記入日 年 月 日

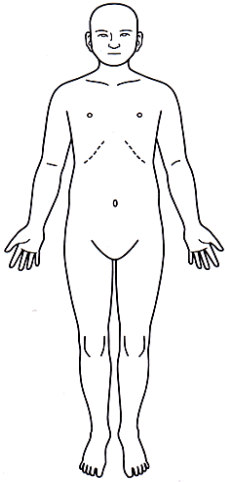
ふりがな ( 歳 ) ( 男・女 )  
 氏名 様 身長 cm、体重 kg

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

症状のある部位に  
○を記入



- 頭**
  - ・頭が痛い
  - ・めまいがする
  - ・のどが痛い
  - ・鼻水が出る
  - ・鼻づまり
- 胸**
  - ・胸が痛い
  - ・胸が苦しい
  - ・胸がドキドキする
  - ・血圧が高い
  - ・脈が乱れる
- 肺**
  - ・咳が出る
  - ・痰が出る
  - ・息苦しい
  - ・息切れする
  - ・ゼイゼイする
- 胃腸**
  - ・胃が痛い
  - ・お腹が痛い
  - ・吐き気 (吐いた 回)
  - ・吐いた物に血が混じる
  - ・下痢 ( 回)
  - ・便に血が混じる (赤い・黒い)
- 全身**
  - ・熱がある ( 度)
  - ・身体がだるい
  - ・食欲がない
  - ・背中が痛い
  - ・腰が痛い
  - ・関節が痛い
  - ・むくみ (部位 )
  - ・発疹 (部位 )
- 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はありますか？  
 (ない・ある (いつ: 病名: ) )
- ・現在他院からの薬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: ) )

・現在、サプリメントを服用しているものがあればお書きください  
(ない・ある ( ))

- ・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  
(いいえ・はい ( ))
- ・ペースメーカーなど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。