

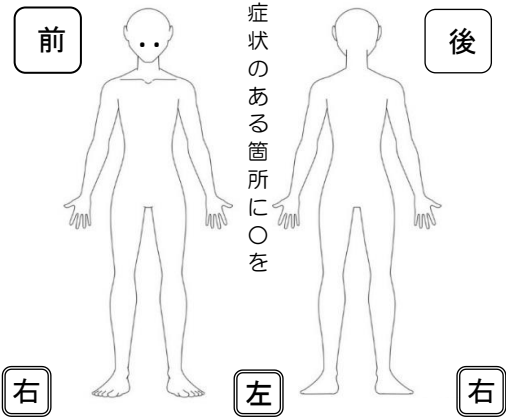
フリガナ			生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
お名前	男・女			(歳)			
住所	(〒 -)			TEL	自宅	-	-
					携帯	-	-
身長		cm	体重		kg	職業	
女性の 方へ <input type="checkbox"/>	◎現在、妊娠していますか？		いいえ	はい	可能性あり		
	◎現在、授乳中ですか？		いいえ	はい	(妊娠 週目 ヶ月)		
	最終生理日を教えてください ⇒ 年 月 日 生理中・閉経						

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おります。
 正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証を積極的に利用していただくよう、ご協力をお願いいたします。

★マイナ保険証による診療情報取得について	<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
★過去1年間で特定健診又は高齢者健診を受けましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない

①本日はどうされましたか？

平成・令和 年 月 日頃より



②思い当たる原因はありますか？

交通事故・仕事中・通勤中・けが・特に原因なし

その他 (例：部屋の中でつまずいて転倒した・・・)

園児学生 の方へ	◎園内・学校管理下の怪我ですか？	いいえ	はい	※管理下とは登下校も含まれます	
	◎スポーツ保険は使用しますか？	いいえ	はい	検討中	※検討中⇒当月中にご回答下さい

③今回の症状で他の医療機関を受診したことはありますか？

いいえ・はい ⇒ (いつ頃？ 医療機関名：)

④局所麻酔で気分が悪くなったことはありますか？(例：歯科の麻酔など)

いいえ・はい ⇒ (薬の名前：)・使用したことがない

⑤薬や食べ物などにアレルギーはありますか？

いいえ・はい ⇒ (薬・食べ物などの名前： アルコール・湿布かぶれ)

⑥体内にペースメーカーや金属が入っていますか？

いいえ・ペースメーカー・金属 ⇒ (どこの部位ですか？)

⑦今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

いいえ・はい ⇒ 歳頃：病名() 医療機関名()
 歳頃：病名() 医療機関名()

⑧現在、治療中の病気はありますか？

いいえ・はい ⇒ 高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞 脳出血

⑨現在、飲んでいる薬はありますか？

その他()

いいえ・はい ⇒ お薬手帳があれば記入は不要ですので受付にご提出下さい (あり・お忘れ)

(薬の名前：)