

はじめての方に

フリガナ	男 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日生
氏名		
〒	住所	
電話 ()	体温	°C

1. いつからどんな症状がありますか

()

2. 今まで次の病気をしたことがありますか

① ある 糖尿病・高血圧・心臓病・結核・ぜんそく・肝臓病・胃・十二指腸潰瘍
前立腺肥大・花粉症・緑内障・その他 ()

② ない

3. 現在、他の医院、病院にかかっていますか

① かかっている (病名： 病院名：)

② かかってない

4. 今までに薬や注射、食べ物でアレルギーがでたことはありますか

① ある ()

② ない

5. たばこは吸いますか

① はい (本/日) ② いいえ (年前にやめた)

6. お酒は飲みますか

① はい (一日に酒 /合 ビール /本)

② いいえ

7. 女性の方へ、妊娠している可能性はありますか

① はい (最終月経 月 日) ② いいえ

8. この1年間に健診を受診したことはありますか

① はい ② いいえ

9. マイナ保険証利用の方へ、マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか

① はい ② いいえ

10. 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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

11. その他の希望事項がありましたら、お書きください。