

来院される方へ

令和 年 月 日

ご希望に沿った診察を行うため参考にさせていただきますので、お手数ですがお分かりになる範囲でご記入と該当項目へのチェックをお願いいたします。尚、いただいた情報は診療のみに使用し大切に管理いたします。

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
お名前		性別・ご年齢	男 ・ 女 歳
ご住所	〒		
電話番号	ご自宅：	携帯：	

身長 cm 体重 kg 本日の体温 度 分、妊娠なしあり(ヲ月) 授乳なしあり

来院(受診)目的：治療 外科的処置 検査(血液・尿・レントゲン・心電図・胃カメラ・超音波検査など)
注射・点滴 健康診断・がん検診など 介護保険申請 診断書 (疾患や健康の)相談
その他又は具体的に()

ご持参された書類：なし 紹介状 健診やドックの結果票 その他()

本日受診された症状は：()日前から または ()月()日から

- 発熱 のどの痛み 鼻水・鼻づまり せき・たん 頭痛 関節痛 目のかゆみ 皮膚のかゆみ
- 倦怠感 息苦しさ 動悸 脈の乱れ 胸の圧迫感・痛み 胸やけ めまい・ふらつき 食欲低下
- 体重減少 むくみ(手・足・顔) しびれ(手・足・顔) 吐気・嘔吐 腹痛・お腹がはる 下痢
- 便秘 血便 頻尿 排尿時痛 残尿感 その他()

症状の経過は：()

他の医療機関を受診されましたか：いいえはい ()

過去に病気や入院や手術の経験はありますか：

いいえはい(病名・手術名など)

治療中の病気はありますか：

いいえはい(病名； 病院名；)

現在内服中のお薬はありますか (お薬手帳をお持ちの方はお見せください)：

いいえはい(お薬名)

過去1年間に健診やドックなどを受診しましたか：いいえはい()

過去にお薬での副作用やお薬・食べ物などでアレルギー症状がでたことはありますか：

いいえはい(名前や症状)

喫煙歴：なしあり() 飲酒歴：なしあり()

当院は、マイナ保険証の利用を通じて患者様の診療情報を取得し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。マイナ保険証による診療情報取得について同意していただけますか：いいえはい

以上です、ご協力ありがとうございました。最後に差し支えなければ来院のきっかけを教えてください。また、その他何かありましたらご記入下さい。

近隣知人の紹介 他医療機関からの紹介 電話帳や情報誌などの広告を見て 通りがかり

ネット医療機関検索サイトを見て 当院ホームページを見て

その他()