

# 受診される患者さんへ

ふりがな		性別 男・女	年齢	才
氏名		生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日生		
住所 〒( )-( )			電話	
身長 cm	体重 (15歳以下の方) kg	体温		℃

1. いつ頃から症状がありますか。

( 月 日 午前・午後 時ごろから)

2. 現在の症状を○で囲んでください。

発熱( °C)・せき(少し・ひどい)・たん・血痰・鼻水・のどの痛み  
めまい・胸の痛み・動悸・息切れ・息苦しさ・胃痛・腹痛・吐き気  
嘔吐( 回)・下痢(どろどろ・水っぽい 回)・血便・排尿痛・血尿・残尿感  
便秘(最終排便日 月 日)・発疹・体のだるさ・関節痛・味覚障害・嗅覚障害  
その他 ( )

3. 今までに病気や持病がありますか。現在治療中の病気はありますか。

今までに ( あり・なし ) 病名 ( )  
現在治療中 ( あり・なし ) 病名 ( )  
熱性けいれん ( あり・なし )  
緑内障 ( あり・なし )

4. ふだん薬を飲んでいますか。( はい・いいえ ) お薬手帳も提出してください。

わかれば薬の名前 ( )

5. かかりつけの医療機関がありますか。( あり・なし )

6. アレルギー等ありますか。

ぜんそく ( あり・なし )  
食べ物 ( あり・なし ) 食品の名前 ( )  
薬 ( あり・なし ) 薬の名前 ( )  
その他(花粉症、アトピー等 ( あり・なし )

※ 女性の方へ

- ◎ 妊娠している可能性はありますか。( あり・なし )
- ◎ 現在 ( 妊娠中・授乳中 ) である。

★マイナ保険証による診療情報取得について  同意する

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をお願いいたします。  
◇ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)