

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)