

フリガナ		生年月日:	年	月	日
氏名		年齢:	歳	性別:	男・女
住所	〒				
電話番号	携帯:	-	-	自宅(緊急連絡先):	- -

- マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ する しない
- 他院からの紹介状を持参していますか？ はい いいえ
- この一年間で市区町村の健康診断を受診しましたか？ はい いいえ
- 本日の来院目的を教えてください。
体調不良、診療 健診目的 診断書作成 予防接種 禁煙外来 介護保険申請
検査希望 () その他 ()
- いつ頃からどのような症状がありますか？

発熱・倦怠感 頭痛 のどの痛み 吐き気・嘔吐 腹痛 下痢 便秘
咳 痰 息苦しさ 動悸・胸痛 血圧高値 むくみ 食欲不振 花粉症
めまい 不眠 関節痛 皮疹 尿症状 その他 ()
- 現在他院に通院中、もしくはこれまでにかった大きな病気はありますか？
なし あり (医療機関名:) 受診時期:)
 (ありの方は以下にお答えください、治療内容は覚えていればその他欄にご記入ください)
高血圧 糖尿病 脂質異常症 喘息 (咳喘息、小児喘息も含む) 肺気腫 不整脈
狭心症・心筋梗塞 脳梗塞・脳出血 虫垂炎 (もうちょう) 胃潰瘍・十二指腸潰瘍 緑内障
腎臓病 がん () アレルギー疾患 整形外科疾患 新型コロナに罹患 (時期:)
 その他 ()
- 現在内服中の薬はありますか？
あり なし (ありの方はわかる範囲でご記入ください)
 ()
- これまでに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？
あり なし (ありの方はわかる範囲でご記入ください)
 ()
- 喫煙歴、飲酒歴について教えてください
 喫煙歴: 一度も無い 喫煙中 やめた (喫煙中、やめた方: 1日 本 × 歳 ~ 歳)
 飲酒歴: なし あり やめた (ありの方: 週 日、酒類・量)
- 女性の方に伺います
 妊娠中もしくは妊娠の可能性: なし あり (カ月)、授乳: なし あり (歳 カ月児)

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。
 正確な情報を取得するために、マイナ保険証の利用にもご協力をお願い致します。

*医療情報取得加算(初診時) 加算1 (従来型保険証を利用した場合); 3点
 加算2 (マイナ保険証を利用した場合); 1点

以下クリニック記載項目

体温 _____

血圧 _____

脈拍 _____

SpO2 _____

紹介状 採血

CD-R 健診