

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	-	-	職業		

1. 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
2. 他院からの紹介状を持参していますか？ はい いいえ
3. 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
4. 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 ()
5. 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 ()
6. 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 ()
7. 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)
()
8. 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)
()
9. 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)
10. 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)

以下クリニック記載項目

体温 _____ 血圧 _____

脈拍 _____

SpO2 _____

紹介状 採血データ CD-R 健診データ