

フリガナ 氏名	生年月日	大・昭・平・令
		年 月 日
住所		
電話番号	自宅または携帯:	緊急連絡先(続柄):

◆今日はどうされましたか？  
頭痛 めまい 手足のしびれ 力が入りにくい ろれつが回らない 物忘れ  
頭を打った(どこで受傷しましたか？ ) 動悸 息切れ 胸が痛い  
血圧が気になる 健康診断の二次検査 その他( )

◆その症状はいつからですか？  
今日( 時頃) 昨日( 時頃) 数日前 以前から

◆その症状につきまして他医療機関からの紹介状をお持ちですか？  
持っていない 持っている(医療機関名: )

◆検査の希望がありますか？  
必要に応じて できればあまり検査はしたくない 医師と相談して決めたい

◆今までにかかった病気はありますか？  
高血圧 糖尿病 脳卒中 心臓病 喘息 感染症(B型肝炎・C型肝炎)  
その他( )  
 ＊通院中の医療機関( )

◆今までに手術をしたことがありますか？  
ない ある(病名: いつ頃: )

◆現在飲んでいるお薬はありますか？  
ない ある→お薬手帳をお持ちの方は受付へお渡しください  
 ＊お薬手帳を持参していない方(薬の名前: )

◆お薬や食べ物のアレルギーはありますか？  
ない ある( )

◆喫煙歴はありますか？ ない ある やめた( 歳まで)

◆女性の方へおたずねします  
妊娠中 妊娠の可能性がある 授乳中 妊娠も授乳もしていない

◆この1年間で特定健診及び長寿健診を受診されましたか？  
受診していない 受診した(いつ頃: 指摘されたこと: )

◆マイナ保険証を提示された方へ  
 提示された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？  
同意する 同意しない

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・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お願いいたします。