

はじめてのかたに

年 月 日

フリガナ		男	生年月日	大正 昭和 平成 令和	
氏名		女			年 月 日 才
住所	〒 -				
電話	携帯	自宅 ()	身長	cm	体重 kg

(下記のあてはまる所に記入して下さい)

1. 今日はどんな症状で来院されましたか。

a) いつから:

b) どういう症状ですか:

c) 他医療機関から紹介状をお持ちですか: ① ある ② ない

2. 現在他の医院・病院に通院していますか。

① 通院している(病名: 、医院・病院名:)

② どこも通院していない

3. 現在飲まれているお薬はありますか。

① ある () ② ない

4. 今までにかかった病気はありますか。

① ある 高血圧・喘息・心臓病・糖尿病・肝臓病・胃、十二指腸潰瘍
その他()

② ない

5. この1年間で健診を受診しましたか。① ある 月ごろ ② ない

6. 今までに薬や注射でアレルギー(じんましんが出たり、気分が悪くなったり)がでたことがありますか。

① ある () ② ない

7. 医療費明細書発行(当日の診療内容を記載したもの。無料)

必要 ・ 不要

9. 女性の方へ

現在妊娠又は授乳中ですか。① はい 妊娠 週 ・ 授乳中

② いいえ

10. その他、希望事項等がありましたら、お書きください。

()

★マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか: はい・いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療に努めます。

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。