

フリガナ 氏名 _____	性別 男・女 _____	生年月日 _____年 _____月 _____日生	年齢 _____歳
住所 〒 _____ 県 _____ 都 _____			
電話番号（自宅） _____		携帯番号 _____	
緊急連絡先 氏名 _____		電話番号 _____	

* 当院を何でお知りになりましたか？

ホームページ（パソコン/スマホ）、当ビル1階の置き看板、野立て看板（場所： _____）、バス広告（音声広告）、
チラシ・パンフレット（入手場所： _____）、家族/知人、他院からの紹介（ _____）、その他

* マイナ保険証による診療情報取得にご同意いただけますか？ 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。

① 本日はどのような症状・目的で来院されましたか？

* 症状がある方は詳しく記載下さい（いつ頃から、どこに、どの時間帯が多いなど）

糖尿病の診療希望 甲状腺の診療希望 血圧の相談 健診結果の相談 風邪 漢方 禁煙外来
循環器系⇒（動悸 / 脈の乱れ / 息苦しさ / 胸痛） 痺れ 下肢静脈瘤 動脈硬化の検査
健康診断 予防接種 レーザー にんにく注射 その他（ _____ ）
点滴（種類： 高濃度ビタミンC / マイヤーズ / グルタチオン / 他： _____ ）
→①アルコール消毒 可 / 不可 ②血液をサラサラにする薬 有 / 無
高濃度ビタミンC点滴をご希望の方…③腎不全・心不全 有 / 無

② 他医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい・いいえ →お持ちの方は受付にお出してください

③ 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい・いいえ

はいを選択した方はご記入ください

1) 医療機関名（ _____ ） 2) 受診日（直近： _____ 次回： _____ ）
3) 治療内容： 高血圧 糖尿病 高脂血症 高尿酸血症 心臓病 脳血管疾患 呼吸器疾患 腎臓病
肝臓病 その他（ _____ ）

④ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ はい・いいえ

はいを選択した方はご記入ください →ご記入後、受付にお薬手帳をお出してください

※マイナ保険証による診療情報取得にご同意いただいた方で、直近1ヶ月以内の処方がない場合は記入不要です

薬剤名： _____ 用量： (mg, 1回で飲む錠数, 朝食後などの服用法) 投与期間： (いつから)

- ⑤ この1年間で特定健診及び後期健診を受診しましたか？ はい / いいえ
はいを選択した方はご記入ください
※マイナ保険証による診療情報取得にご同意いただいた方は記入不要です
1) 受診時期 () 2) 指摘事項 (/ 特になし)
- ⑥ 定期検診を受けていますか？
会社健診・かかりつけ医での健診 (最終____月)
- ⑦ これまでに入院や手術をしたり、大きな病気にかかったことはありますか？ はい・いいえ
はいを選択した方はご記入ください
1) 病名 () 2) 時期 ()
3) 治療をした医療機関名 () 4) 治療内容 ()
- ⑧ ご家族がかかったことがある病気を教えてください
例) 高血圧 心筋梗塞 糖尿病 コレステロール血症 脳卒中 甲状腺疾患 など
父) 母) 兄弟) その他)
- ⑨ お薬のアレルギー なし・あり (薬名: 症状:)
- ⑩ 食物・その他のアレルギー なし・あり (種類: 症状:)
- ⑪ 感染症 例) B型・C型肝炎など なし・あり (種類:)
- ⑫ お酒を飲みますか？ いいえ・はい ビール・焼酎・日本酒・ウイスキー・ワイン (週____日 1日量____杯)
- ⑬ タバコを吸いますか？ いいえ・はい (____年間 1日____本)
- ⑭ 運動はしますか？ いいえ・はい (種類:)
- ⑮ 【女性のみ】妊娠中または授乳中ですか？ いいえ・はい (妊娠 週目 / 授乳中)