

フリガナ

お名前 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ 歳 _____ 職業 _____

住所 _____

電話番号（自宅） _____ （携帯） _____

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 いいえ はい

1、 本日はどのようなことで来院されましたか？（紹介状のある方は先にご提出ください。）

(いつから) _____

(症状) _____

(きっかけや原因と思うこと) _____

(症状と関連して不安・心配なこと) / (検査や治療についてのご希望) _____

2、 その症状について他院を受診されたことはありますか？ いいえ・はい

いつ	病院名	検査・治療	処方内容

3、 今までにかかった病気を教えてください。

● _____ 歳 (病名) _____ (病院名)

● _____ 歳 (病名) _____ (病院名)

● コロナワクチン接種回数 0回 1回 2回 3回 4回 5回

4、 現在服用中のお薬はありますか？（お薬手帳等をお持ちの方は受付にご提示ください）

いいえ・はい ()

5、 薬や食べ物でアレルギーが起こったことはありますか？

(薬剤名、食べ物の種類、症状などを教えてください)

うら面に続きます

6、 血縁関係のあるかたで次の疾患の方はおられますか？

がん： (部位) 高血圧： 糖尿病：
心臓病： 脳卒中： 精神疾患： その他：

7、 生活習慣について教えてください

★喫煙(電子タバコ含む):なし・あり(歳～一日 本) 過去に喫煙(歳～ 歳一日 本)

★飲酒：なし・機会飲酒・定期飲酒(1週間に 日)何をどのぐらい()

★運動：なし・あり(1週間に 日、1日 分、種類：)

★食欲：良好・減退・増加 ★睡眠：良好・不良(時間)

★体重変動：減少・なし・増加 (程度：) ★便秘：定期的・下痢・便秘(日 回)

★1か月以内の海外渡航歴：なし・あり(国名：) ★ペット：なし・あり()

★健康診断：なし・あり(いつ： 年 月頃)実施された検査に○をつけてください

(血液・尿・胸部レントゲン・心電図・その他：)

★(女性の方へ)現在妊娠の可能性はありますか？はい・いいえ・わからない

最終月経： 年 月 日～ 日間 ・ 閉経(歳)

8、 診察により、悪性の疾患が考えられる場合、告知を希望しますか？

・希望する(1自分だけで 2家族と一緒に) ・希望しない

9、 城医院に来院されたきっかけを教えてください。1過去に通院歴あり 2家族が通院中 3紹介

(病院、知人) 4HPをみて 5近くを通りかかったから 6その他

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します。