

受付番号 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 年 月 日 年齢 歳
住所 〒	身長 cm 体重 kg 血液型 型
携帯電話 ( )	性別 男 ・ 女
電話番号 ( )	

該当する項目に  印、詳細項目に○印、分かる範囲でご記入下さい。

◆診療情報提供書（紹介状） ない ある

◆受診理由・症状 ( )

◆体温 ( )℃ ☆熱がありそうな方は体温を測定して下さい。

◆これまでに大きな病気はありますか？ ない ある 病名 ( )

◆家族に病気は ない ある [高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風・狭心症/心筋梗塞・脳卒中（脳血栓・脳出血・クモ膜下出血）・大腸がん・頭痛・うつ病・その他 ( )]

◆現在、別の治療を受けたり、何か薬を飲んでいますか？  
治療を受けていない 治療を受けている 病院名 ( )  
薬は何も飲んでいない  
現在、病院で処方された薬を飲んでいる ☆持参されている方は受付にお知らせ下さい。  
 薬の名前 ( )

◆これまで、食べ物や薬などによってアレルギー症状が出たことはありますか？  
ない ある [食べ物の名前 ( )]  
 [どんな薬で？ 貼り薬 ぬり薬 飲み薬 薬の名前 ( )]

◆健康診断や人間ドックを毎年受けていますか？ いない いる（職場・自治体・個人・家族の保険組合・その他）  
 ◎異常はありましたか？ 異常なし 異常あり（内容 ( )）

◆喫煙 なし あり（ 本/日× 年 喫煙は 歳の時から）

◆飲酒 なし あり（種類 量 回/週）

■女性にお尋ね致します。  
 現在妊娠中ですか？ いいえ はい（予定日 年 月 日）  
妊娠の可能性がある 不明  
 現在授乳中ですか？ いいえ はい  
 生理はいかがですか？ 順調 不順 閉経（ 歳）

◆当院をどちらで知りましたか？ ご自宅、勤め先のポスティング 広告 通りがかり  
パソコンで検索 スマホで検索 他の病院からの紹介 病院名 ( )  
家族の紹介 知人の紹介 その他 ( )

◆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

※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致します。  
 医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1=4点、加算2=2点（マイナ保険証を利用した場合）