

受付番号 \_\_\_\_\_

ふりがな	せい	めい
お名前	姓	名

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 ( )

緊急連絡先 ( ) 続柄:

性別 男 ・ 女

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）	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 病名（ _____ ）
◆家族に病気は	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 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？	_____	
	<input type="checkbox"/> 治療は受けていない	<input type="checkbox"/> 治療を受けている 病院名（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 薬は何も飲んでいない	
	<input type="checkbox"/> 現在、病院で処方された薬を飲んでいいる ☆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？	_____	
	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある [食べ物の名前（ _____ ）] [どんな薬で？ <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> ぬり薬 <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる（職場・個人・家族の保険組合・川崎市特定検診・その他）
◎異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり（内容 _____ ）
◆喫煙	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ _____ 本/日× _____ 年 喫煙は _____ 歳の時から）
◆飲酒	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（予定日 _____ 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/> 不明
現在授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
生理はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 順調	<input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経（ _____ 歳）
◆当院をどちらで知りましたか？	<input type="checkbox"/> 広告	<input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> パソコンで検索 <input type="checkbox"/> スマホで検索
	<input type="checkbox"/> 他の病院からの紹介 病院名（ _____ ）	<input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
◆マイナ保険証による診療情報取得の同意にご協力お願い致します。	_____	
	※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。	
	初再診時、マイナ保険証の利用かつ診療情報提供同意・不同意により加算点数が異なります。	