

受付番号 _____

令和6年 月 日

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） ない ある

◆受診理由・症状 ()

◆体温 () °C ☆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？
治療は受けていない 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・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？ 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？ 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。