

～当院に初めて来院された方へ～

フリガナ 氏名	生年月日 (明大昭平)	年	月	日	歳
	電話番号 (必須)	携帯電話			
	男・女				
〒 住所	身長	cm		体重	kg
① 本日マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ (はい いいえ) 他の医療機関から紹介状をお持ちですか？ (はい いいえ)					
② 本日受診した症状について (症状の内容、発症時期、経過など)					
③ これまでに、薬や注射でアレルギー反応を起こした事がありますか？ ある (何ですか？) ない					
④ これまでにかかった病気がありますか？ (病名、時期、医療機関名、治療内容、薬など)					
⑤ 手術をしたことがありますか？ ある (手術名) ない					
⑥ この1年間で健診 (特定健診など) を受診しましたか？ (はい いいえ)					
⑦ 嗜好品についての質問です。 ・アルコールはお飲みになりますか？ (はい ・ いいえ) はいと答えた方は ・ 毎日 ・ 週に()日 ・タバコは吸いますか？ (はい ・ いいえ) 以前吸っていたか？ (はい いいえ) はいと答えた方は () 本/日 以前は () 本/日					
⑧ ご家族の病歴について質問です。いる方は病名、続柄を○でお答えください。 ・血縁者に (心筋梗塞、狭心症、脳梗塞、糖尿病、高血圧など) の方はいますか？ いる (祖父 祖母 父 母 兄弟 姉妹)					
⑨ 女性の方に質問します。 ・現在、妊娠していますか？ (はい ・ いいえ) ・授乳中ですか？ (はい ・ いいえ) ・最終月経はいつ頃ですか？ (月 日)					
⑩ 当院をどのように知りましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 自宅近く <input type="checkbox"/> 職場が近く <input type="checkbox"/> その他 ()					

当院は診療情報をマイナ保険証の利用や問診票を通じて患者の診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めていきます。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

記入日 令和 年 月 日

さくら台土肥クリニック