

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏名				年齢	歳
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 西暦			年	月 日
住所	〒 —				
電話番号					
身長	cm	体重	kg	本日の体温	°C

マイナンバーカード保険証を利用し診療情報を取得・活用することに同意します。

診察や検査の参考に致しますので、できるだけ詳しくご記入をお願いいたします。

■具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこがどのような症状ですか？

いつからですか？

■今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ

はい 年 月 日から にかかっている

■健診結果や他医院からの紹介状はありますか？ なし あり

■今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを（ ）にご記入ください。

喘息 (頃) 肺炎 (頃) 結核 (頃)

高血圧 (頃) 肝臓病 (頃) 腎臓病 (頃)

糖尿病 (頃) 脳卒中 (頃) がん (頃)

心臓病 (頃) その他 (病名: 頃)

■現在、服用中のお薬がありましたら教えてください。 なし あり

薬剤情報、お薬手帳などありましたらお見せください。

マイナ保険証による情報取得に同意された方は、オンラインによる薬剤情報を取得いたします。

裏面にも質問事項がございます。お手数ですがご記入をお願いいたします。

■この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診しましたか？

（マイナ保険証による情報取得に同意された方はオンラインによる情報を取得いたします。）

なし あり

受診時期：
指摘事項：

■今までの手術の経験はありますか？

なし あり

病名：
時期：

■輸血を受けたことがありますか？ なし あり（時期：

■アレルギーについてお聞かせください。

1) 薬のアレルギーはありますか？ なし あり（

2) 食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり（

3) その他のアレルギーがありましたらご記入ください。

■喫煙についてお聞かせください。（電子タバコ含む）

吸わない

吸う

過去に吸っていた

1日約 _____ 本、 _____ 年間

■アルコールについてお聞かせください。

飲まない

飲む

過去に飲んでいた

お酒の種類： _____ 毎日飲む
_____ 時々飲む
1回： _____ 杯 月に2～3回飲む

◆女性の方にお伺いします◆

妊娠していない

可能性がある

妊娠中（ _____ ヶ月）

授乳中

閉経している

最終月経はいつですか？

_____ 月 _____ 日

ご協力ありがとうございました。ご記入いただけましたら、受付へお渡してください。

個人情報保護法の施行に伴い、当院ではスタッフ及び関係者にこれを周知徹底し、適切な個人情報の管理と保護に努めます。



秋元ファミリークリニック