

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お電話番号 自宅 ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

①本日来院されるきっかけとなった、気になる症状を教えてください

その症状は、いつ頃からですか？

② 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ ( はい ・ いいえ )

③ 現在、治療中の病気はありますか？ ( はい ・ いいえ )

通院中の病院名：

病名：高血圧・コレステロール・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・喘息・脳卒中・前立腺肥大・  
緑内障・がん ( ) ・その他 ( )

④ 服用中のお薬はありますか？ ( はい ・ いいえ )

本日お薬手帳はお持ちですか？

 はい ( 紙のお薬手帳 ・ 電子お薬手帳 ) いいえ お薬の名前を教えてください ( )

⑤ お酒は飲みますか？ ( 飲む ・ 飲まない )

⑥ タバコは吸いますか？ ( 吸う ・ 吸わない ・ 以前吸っていた )

⑦ 今までに、食べ物、薬品等でアレルギーを起こしたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

「はい」の方 薬品・食べ物等の名前 ( )

⑧ 女性の方にお尋ねします

(診察上、レントゲン撮影や薬との兼ね合いがありますので、お聞かせください)

妊娠中ですか？ ( いいえ ・ はい / 予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 ・ 妊娠可能性あり )

授乳中ですか？ ( いいえ ・ はい )

**★裏面の記入もお願いいたします★**

⑨ この1年間で特定健診および後期高齢者健診を受診しましたか ( はい ・ いいえ )

⑩ 領収書とは別に詳しい医療費明細書の発行は必要ですか ( はい ・ いいえ )

⑪ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか ( はい ・ いいえ )

⑫ 本日、当院を受診された理由がありましたら教えてください。(複数回答可)

いつもかかっている

いつもの医療機関が休診だった (病院名: )

症状が改善しない

生活環境が変わり、通院が難しくなった

他の医療機関から変わりたい (病院名: )

近所だから

その他 (

⑬ 差し支えなければ当院を知ったきっかけを教えてください(複数回答可)

家族・友人・知人が通っている

近所だから

看板を見た

当院のホームページを見た

蒲郡市からの健診・ワクチン案内

Facebook ページ

以前通院していた

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いたします

★ご協力ありがとうございました★