

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★