

## はじめて来院された方へ

記入日：20 年 月 日

ふりがな				男性・女性・その他 回答しない
お名前				
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生
住所	〒 -			
自宅電話	-	-	携帯電話	-
緊急連絡先 (ご家族など)	-	-	連絡先名：	続柄 ( )
ご職業	1. 会社員 2. 自営業 3. 公務員 4. 主婦・主夫 (専業・パート) 5. 学生 6. その他 ( )			
来院手段	1. 自家用車 2. 徒歩 3. 自転車 4. バス 5. タクシー 6. その他 ( )			
受診のきっかけ	1. 家族・知人 2. 他院 3. 保健センター 4. 近い 5. ホームページ 6. 看板広告 7. 電話帳 8. その他 ( )			

Q1. 今日はどうなさいましたか？ご希望の診療に○を付けてください。

1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 高脂血症 (脂質異常症) 4. 高尿酸血症  
5. 甲状腺・内分泌 6. 禁煙 7. その他 ( )

Q2. アレルギーはありますか？ (薬・食べ物・花粉症等)

1. あり 2. なし

「1. あり」の方は、わかる範囲でご記入ください。

どんなもので	症状	いつ頃から	スタッフ記入欄
		歳頃	
		歳頃	
		歳頃	

Q3. 喫煙についてお伺いします。

1. 現在吸っている (1日\_\_\_\_本、\_\_\_\_歳から)  
2. 過去に吸っていた (1日\_\_\_\_本、\_\_\_\_歳から\_\_\_\_歳まで)  
3. まったく吸ったことがない

(裏面へつづく)

## Q4. 今までに、下記の病気およびその他の病気と言われたことはありますか？

病名	いつ頃 (西暦)	医療機関名	現在の通院
心筋梗塞または 狭心症	あり・なし		あり・なし
不整脈 ( )	あり・なし		あり・なし
脳卒中 (脳梗塞・脳出血)	あり・なし		あり・なし
手足の動脈が詰まる 病気	あり・なし		あり・なし
気管支喘息などの呼 吸の病気	あり・なし		あり・なし
がん ( )	あり・なし		あり・なし
その他1 ( )			あり・なし
その他2 ( )			あり・なし

## Q5. 今までに、輸血をしたことはありますか？

1. あり      2. なし      3. 不明

「1. あり」の方は、わかる範囲でご記入ください。

病名	いつ頃	医療機関名	現在の通院
	歳頃		あり・なし

## Q6. その他に気になる症状はありますか？

1. あり      2. なし

「1. あり」の方は、わかる範囲でご記入ください。

症 状	いつ頃から	スタッフ記入欄

**Q7. 現在、他の医療機関から処方された薬などを服用していますか？**

1. 服用している      2. 服用していない

「1. 服用している」の方は、わかる範囲でご記入ください。

※お薬手帳をご提出いただければ、ご記入不要です。

薬剤名	用量	投与期間（西暦）
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月

**Q8. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？**

1. はい      2. いいえ

**Q9. この1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けましたか？**

1. 受けた      2. 受けていない

**Q10. （女性の方のみお答えください）現在、妊娠している可能性はありますか？**

1. あり      2. なし      3. 授乳中

**Q11. 受診時には、下記のいずれをご利用されますか？**

1. 健康保険証      2. マイナンバーカードの保険証（マイナ保険証）

ありがとうございました。

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。