

予 診 票

年 月 日記入

住所・連絡先変更なし

| | | |
|------|----------|--------------------------|
| ふりがな | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏名 | 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日(才) |
| 住所 | 〒 - | |
| 自宅 | () - | 携帯 - - |
| 付添 | 氏名 続柄() | 連絡先 - - |

マイナンバーカード (有・無) マイナ保険証による診療情報取得に同意する

この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか? (はい・いいえ)

1. 本日、どのような症状で受診されましたか? (該当するものにチェックしてください)

年 月 日 頃から

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 発熱 (°C) | <input type="checkbox"/> 風邪症状 (咳・痰・鼻水・咽頭痛・悪寒) |
| <input type="checkbox"/> 身体がだるい (倦怠感) | <input type="checkbox"/> 息苦しさ (呼吸困難) |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 動悸 |
| <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 (回) | <input type="checkbox"/> 身体の痛み (胸痛・腹痛・背部痛・関節痛) |
| <input type="checkbox"/> 下痢 (回) | <input type="checkbox"/> 排尿痛・残尿感・血尿 |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 皮膚症状 (かゆみ・発疹) |
| <input type="checkbox"/> むくみ | <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> かかりつけ医変更 ・ <input type="checkbox"/> 物忘れ外来 ・ <input type="checkbox"/> 健康診断後の再検査) |
| <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> かかりつけ医変更 | <input type="checkbox"/> 物忘れ外来 ・ <input type="checkbox"/> 健康診断後の再検査) |

2. 現在治療中の病気はありますか? はい ・ いいえ

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症・高コレステロール |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

通院している病院名:

3. 現在、服用中のお薬はありますか? はい ・ いいえ

⇒ 「はい」にチェックされた方は、お薬名を記入して下さい。 ※お薬手帳持参の場合不要

※お薬手帳や薬剤情報がある方は、窓口にて提出して下さい。

4. 今まで病気やけがで入院・手術を受けたことがありますか? はい ・ いいえ

(才頃) 病名

(才頃) 病名

5. お薬や食べ物等でアレルギー (発疹など) が出たことはありますか?

はい () ・ いいえ

6. 女性の方にお聞きします。現在妊娠・授乳はされていますか? 妊娠中 ・ 授乳中

※ご記入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。