

初めて診察を受けられる患者様へ

ふりがな

1. お名前 _____ 性別 男()・女()
生年月日(大正、昭和、平成、令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 才
電話番号(自宅) _____ (携帯) _____
〒 _____ 住所: _____

2. マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか? ()はい、()いいえ
3. どのようなこと(症状)で受診されますか? _____

いつ頃から症状がありますか? _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から

4. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか? ()はい 医療機関名: _____、()いいえ
5. 今までにかかった病気、けがについて(当てはまるものに○をして、治療内容を具体的に書いて下さい)
()心臓病、()高血圧、()不整脈、()腎臓病、()脳卒中 ()消化器の病気、()肝臓病、
()糖尿病、()高脂血症、()肺の病気、()喘息、()肺結核、()肺炎、()整形外科の病気、
()緑内障、()前立腺肥大、()がん:部位()、()その他
具体的に: _____

現在も治療中の方は、受診している他の医療機関名を教えてください。 _____ 最終受診日: _____

6. 現在服用中の薬があれば、薬剤名や服薬期間を記載ください(お薬手帳をお持ちの方はご提示ください)。

7. 血縁の方で、下記の病気にかかれた方がおられますか?
()心臓病、()脳卒中、()がん、()糖尿病、高血圧、高脂血症、()リウマチなどの膠原病
()気管支喘息、()その他: _____

8. 薬や食べ物にアレルギーがありますか? ()ある: _____ ()ない
小児喘息や、花粉症、アトピー性皮膚炎などのアレルギー疾患を指摘されたことはありますか?
()ある: _____ ()ない

9. タバコを吸われますか?
()現在も吸っている 1日()本 × ()年間
()過去に吸っていた ()歳まで 1日()本 × ()年間
()1度も吸ったことがない

10. アルコールは飲まれますか?
1日にビール _____ 本、日本酒 _____ 合、焼酎・ウィスキー _____ 杯、その他 _____

11. アスベストや粉じんへの曝露歴はありますか? ()ある: _____ ()ない

12. 最後に健康診断や血液検査をうけられたのはいつですか? _____ 年
最後に胸部のレントゲンを撮影されたのはいつですか? _____ 年

13. 女性の方にのみお尋ねします。

・妊娠はされていますか? ()いる: 妊娠週数 _____ 週、()いない、()わからない
・現在授乳中ですか? ()はい、()いいえ

14. 病名や病状の説明、その他で特別なご希望があれば、ご記入ください。

ご協力、ありがとうございました。

富山医院