

年 月 日

初診時間診表

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令		日生
名前				年	月	
住所	〒			携帯番号	()	—
				電話番号	()	—

1.本日はどうされましたか。いつから、どんな症状がありますか？
(例)昨日から、熱37.6℃ 吐き気と腹痛

2.今までに、大きい病気をされたことがありますか。また、手術をうけたことがありますか？
あれば古いものから順に、お書きください。(例)40歳 肺ガン・28年手術

次の病気にあてはまるものに○を付けてください。 白内障 緑内障

3.現在、定期的にかかっておられる医療機関はありますか？

※その医療機関で、薬をもらわれていますか。あれば、薬の名前をお書きください。
(マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近1ヵ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能)

4.今までに薬や食べ物で発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか？

薬物 : ない ・ ある (薬剤名 症状)

食物 : ない ・ ある (食品名 症状)

5.日常生活について、当てはまるところに☑印をお書きください

・アルコール : 飲まない ・ 飲む ・タバコ : 吸わない ・ 吸う

7.感染症にかかったことがありますか？

ない ある → B型肝炎 C型肝炎 その他()

8.※女性の方のみお答えください

現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性ありますか？ いいえ はい

現在、授乳中ですか？ いいえ はい

9 マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

いいえ はい

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。ご記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。