はじめて来院された方へ

年 月 日

※熱がある方はあらかじめ受付へお申し出下さい

ふりがな		性別	男・女
お名前		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 -		
電話番号	自宅：	携帯：	
E-Mail			
体温	現在の体温 度 (平熱 度)		

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。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

はい・いいえ・持っていない・お忘れ

本日はどのような症状で来院されましたか？ (あてはまる項目がある方は○をつけて下さい)

痛みがある (上腹部 / 下腹部 / 背中) ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 便に血が混ざる ・ 便の色が変 ・ 食欲がない
胸焼け ・ 食事がつかえる ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 疲れやすい ・ その他 ()
便潜血陽性 ・ 胃バリウム検査異常 ・ その他健診異常 (指摘内容：)
いつからどのような症状があるか具体的に記入してください

()

下痢や嘔吐のある方はお答えください

1週間さかのぼって生(生焼け)の肉、生の魚介類などを食べましたか？

いいえ ・ はい※食べたものを具体的にご記入ください

例 ○月○日 ○○時頃 鳥刺し・ユッケ

()

身長・体重をご記入ください

身長 (cm) 体重 (kg)

体重の変化 無し ・ 有り (ヶ月で kg 減った ・ 増えた)

この1年間で健診 (特定健診 または 高齢者健診) を受診しましたか？

いいえ ・ はい (受診時期： 指摘事項：)

本日紹介状をお持ちですか？

いいえ ・ はい ・ 紹介状は無いが口頭紹介（医療機関名： _____）

今までにかかった病気、現在治療中の病気をご記入ください

（ ____ 歳）（病名： _____）（手術・治ゆ・治療中）（医療機関名： _____）

（ ____ 歳）（病名： _____）（手術・治ゆ・治療中）（医療機関名： _____）

（ ____ 歳）（病名： _____）（手術・治ゆ・治療中）（医療機関名： _____）

現在服用中の薬がありますか？

いいえ ・ はい（薬剤名 _____）

お薬手帳をお持ちですか？

いいえ ・ はい（お薬手帳 ・ アプリ） ・ お忘れ

今までに注射、内服薬、その他の薬で何か異常（アレルギー）が起こったことがありますか？

いいえ ・ はい（薬の名前： _____ 症状： _____）

今までに食べ物や飲み物で何か異常（アレルギー）が起こったことがありますか？

いいえ ・ はい（食品の名前： _____ 症状： _____）

タバコは吸われますか？

いいえ ・ はい（1日 _____ 本くらい） ・ 過去に吸っていた（1日 _____ 本くらい）

アルコールは飲まれますか？

いいえ ・ はい（お酒の種類： _____ 量： _____
頻度： 毎日 ・ 週に____回くらい ・ 月に____回くらい ・ 機会飲酒）

女性の方はご記入ください

月経（順調・不順・閉経）*最終月経 ____ 月 ____ 日～ ____ 月 ____ 日 閉経（ ____ 歳）

妊娠の可能性（有・無） 妊娠 ____ ヶ月 出産後 ____ ヶ月 授乳中

当院はどのようにしてお知りになりましたか？

医療機関からのご紹介・インターネット・クリニックの看板・電車の広告

知人からのご紹介・ご家族からのご紹介・その他（ _____）

※ご家族で当院に通院中の方がいらっしゃいましたら教えてください（氏名： _____ 続柄： _____）

お薬手帳・紹介状・検査データ・画像データ・健診結果などをお持ちの方は
こちらの用紙と一緒に受付へご提出ください