

氏名 ( ) 男 女 記入日 年 月 日  
 生年月日 T・S・H・R 年 月 日 年齢 ( 歳) 体温 ( ℃ )

下記の事項に記入またはあてはまるものを○で囲んでください。

① いつから どのような症状ですか。

腹痛 ( 有 ・ 無 ) 痛い場所は ( )  
 下痢 ( 有 ・ 無 ) 回数 ( 1日 回 )  
 便秘 ( 有 ・ 無 ) 回数 ( 日に1回 )  
 嘔吐 ( 有 ・ 無 ) 回数 ( 回 )  
 発熱 ( 有 ・ 無 ・ 不明 ) 最高 ( ℃ )  
 その他 ( )  
 今朝は食事をして来られましたか。 ( はい ・ いいえ )

② 今回の症状で他の医療機関にかかられましたか。 ( はい ・ いいえ )  
 紹介状はお持ちですか。 ( はい ・ いいえ )  
 いつ受診されましたか。 ( 月 日 )  
 病名は何といわれましたか。 ( )

③ 現在治療中または今までにかかった病気があれば教えてください。

胃潰瘍 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 腸疾患 ・ 胆石症 ・ 高血圧 ・ 糖尿病  
 肝臓疾患 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 前立腺肥大 ・ 喘息 ・ 婦人科疾患  
 その他 ( )

\*お薬手帳をお出してください。

現在お薬を飲んでいますか。※ ( はい ・ いいえ ) お薬名 ( )  
 手術を受けられたことがありますか。 ( はい ・ いいえ )  
 歳の時、どんな手術ですか。 ( )

④ 嗜好についてお聞きします。

お酒 ( 飲まない ・ 飲む 1日 )  
 たばこ ( 吸わない ・ 吸う 1日 本 )

⑤ アレルギーを起こしたことがありますか。 ( はい ・ いいえ )

\*「はい」とお答えの方

食物 ( 大豆・卵・キウイ・バナナ・もも・ナッツ類・栗・アボガド・その他 )  
 薬品 ( )  
 その他 ( )

⑥ この1年間で健診を受診しましたか。※ ( はい ・ いいえ ) 指摘事項 ( )

⑦ 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 )

⑧ 女性の方のみご回答下さい。

現在、妊娠はされていますか。 ( はい ・ いいえ ・ わからない )  
 妊娠の可能性はありますか。 ( はい ・ いいえ ・ わからない )  
 現在授乳中ですか。 ( はい ・ いいえ )

⑨ 最近1ヵ月以内に海外に行かれましたか。

はい ( 本人 ・ 家族 ) どちらに ( )

ご記入下さいました情報は診療に必要な範囲においてのみ活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。

※ マイナ保険証の情報取得に同意した場合、記載は省略可能です。