

患者氏名

生年月日

性別

年 月 日

氏名

年齢

歳

職業

●マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか (しない ・ した)

●ここ6ヶ月以内で海外への渡航歴はありますか (なし ・ あり)

国名 ()

期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

●現在の状況と体調等について、○印又はご記入ください

本日ご来院した理由をお伺いします	・症状があり診てほしい ・検診で指摘された ・他院より紹介された → 紹介状 (あり ・ なし)									
症状がある方へ 状態をお伺いします	いつから？ 今日 ・ 昨日 ・ () 日前から ・ その他 () どのように？ 痛い (はげしい ・ にぶい) ・ 苦しい ・ 動かない ・ だるい しめつけられる ・ はれている ・ その他 ()									
現在、他の病院に通院されていますか	<table><thead><tr><th>病 名</th><th>通院病院・医院名</th></tr></thead><tbody><tr><td>・ 年 月 ~</td><td></td></tr><tr><td>・ 年 月 ~</td><td></td></tr></tbody></table>	病 名	通院病院・医院名	・ 年 月 ~		・ 年 月 ~				
病 名	通院病院・医院名									
・ 年 月 ~										
・ 年 月 ~										
これまでに病気をしたことがありますか	<table><thead><tr><th>病 名</th><th>いつごろ</th><th>治療を受けた病院・医院名</th></tr></thead><tbody><tr><td>・</td><td>歳</td><td></td></tr><tr><td>・</td><td>歳</td><td></td></tr></tbody></table>	病 名	いつごろ	治療を受けた病院・医院名	・	歳		・	歳	
病 名	いつごろ	治療を受けた病院・医院名								
・	歳									
・	歳									
喫煙はされていますか	・ なし ・ 以前喫煙していたが現在はなし (歳 ~ 歳 本/日) ・ あり (歳 ~ 本/日)									
飲酒はされますか	・ なし ・ あり 種類 (ビール ・ 焼酎 ・ 日本酒 ・ ワイン ・ ウイスキー ・ その他 ()) 頻度 (日/週 or 日/月) 量 (mL or グラス 杯)									

<<もう一枚、よろしくお願いいたします>>

患者氏名

生年月日

性別

食べ物や薬でアレルギー症状がでたことはありますか（痛み、発疹、息苦しい 等）

ない

ある → 症状が出た原因はなんですか？（ ）

どのような症状ですか？（ 呼吸困難 ・ 嘔吐 ・ 頭痛 ・ かゆみ ・ 蕁麻疹

下痢 ・ アナフィラキシーショック ・ その他（ ））

ご家族の中で大きな病気にかかったことのある方はいますか

いない

いる → 実父（ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心疾患 ・ 腎臓病 ・ がん ・ その他（ ））
実母（ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心疾患 ・ 腎臓病 ・ がん ・ その他（ ））
祖父（ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心疾患 ・ 腎臓病 ・ がん ・ その他（ ））
祖母（ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心疾患 ・ 腎臓病 ・ がん ・ その他（ ））

現在飲んでいる薬はありますか

ない

ある

*お薬手帳を問診票と一緒に提出して下さい。

*お薬手帳がない場合には薬の名前をご記入ください。

各項目に当てはまらないものがありましたら、この欄にご記入下さい

<<ご協力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。
正当な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。

医療法人柏葉会柏戸病院