

(ふりがな)

お名前 _____ 殿 男・女 身長 _____ cm 体重 _____ kg

生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 満 _____ 歳

〒

現住所 _____ 電話 _____

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。

(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の対象医療機関)

正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカードの健康保険証利用（マイナ保険証）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いただけますか はい・いいえ

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか はい・いいえ

この1年間で特定健診や高齢者健診を受けていますか。 はい・いいえ

受診時期

健診結果

本日おかけの症状について

・どうされましたか？ それはいつ頃からですか？

・現在、発熱や倦怠感などの全身症状はありますか？ はい・いいえ

・最近、体重の変動はありますか？ はい・いいえ

・食欲はありますか？ 良好・普通・不良 ・よく眠れますか？ 良好・普通・不良

・便秘または下痢などの症状はありますか？ なし・便秘・下痢

裏面へ

・タバコを吸いますか？ はい・いいえ はいの場合、1日_____本
以前吸っていた方はいつ禁煙しましたか？ _____才

・アルコールを飲みますか？ はい・いいえ
 はいの場合どの程度飲みますか？

・現在、高血圧、高コレステロール、糖尿病、その他の治療中の病気はありますか？
 はいの場合、飲んでいる薬をお答えください。 はい・いいえ

・最近、胸痛や息切れ、めまいを経験した事がありますか？ はい・いいえ
 はいの場合、具体的にお答えください。

・薬や食べ物などにアレルギーはありますか？ はい・いいえ
 はいの場合、具体的にお答えください。

・過去に大きな病気やけがをしましたか？ はい・いいえ
 はいの場合、具体的にお答えください。

・これまでに手術を受けた事がありますか？ はい・いいえ
 はいの場合、具体的にお答えください。

・ご家族に突然死された方や心筋梗塞、脳梗塞の方はいますか？ はい・いいえ
 それはどなたですか？

・女性の方へ…妊娠していますか、またはその可能性がありますか？ はい・いいえ
 (妊娠 _____ 週)
 …授乳していますか？ はい・いいえ