

ふりがな
お名前

殿 男・女

大・昭・平・令 年 月 日生 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

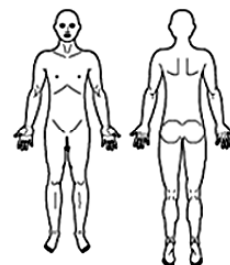
受診時期

健診結果

本日おかけの症状について

・いつからですか？ (例：数か月位前から、10歳頃から など)

・どの部位ですか？ または、右の絵に印を付けてください。



・どんな症状ですか？

かゆい いたい はれている 赤い じくじくする

かさかさする ぷつぷつする 切れている

鼻水 くしゃみ 鼻づまり 目の痒み 咽頭違和感 咳

その他の症状や経過などを具体的に書いてください。

- ・この症状に対して医療機関で検査や治療をしたことがありますか？ はい・いいえ
はいの方は、内容と治療の効果を分かる範囲で具体的に書いて下さい。

通院先 _____ で _____ と診断された
・検査 ・薬（内服・外用） ・その他

- ・その他に、現在通院中の病気はありますか？ はい・いいえ

通院先 _____ に _____ で通院中

- ・現在、使用している薬やサプリメント、健康食品はありますか？ はい・いいえ
はいの方は具体的にお答え下さい。

- ・過去に大きな病気やケガをしたり、手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ
はいの場合、具体的にお答え下さい。

- ・これまで薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか？ はい・いいえ
はいの方は具体的に原因と症状をお答え下さい。

- ・女性の方へ 妊娠しているかその可能性はありますか？ はい・いいえ
授乳中ですか？ はい・いいえ
(妊娠 _____ 週) (_____ カ月の子に授乳中)

- ・お子さんの方へ 体重はどのくらいですか？ 約 _____ kg