

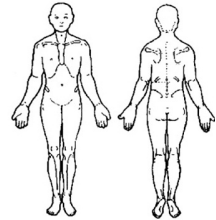
はじめて受診される方へ ※ご自身でのご記入が難しい方は受付にお申し出下さい。 No. _____

フリガナ

受診される方のお名前 _____ 年齢 _____ 歳（男・女）

1. マイナ保険証による情報取得に同意しますか？ はい いいえ

2. いつ頃から、どのような症状がありますか？



3. 現在治療中の病気があれば、に✓をつけてください

高血圧症 糖尿病 脂質異常症 狭心症 心筋梗塞 脳卒中 緑内障
前立腺肥大その他（病名： _____）

4. 今までに大きな病気をしましたか？

いいえ はい（病名： _____）

5. 現在飲んでいるお薬はありますか？（お薬手帳をお持ちでしたら、お見せください。）

ない ある（薬の名前： _____）

6. アレルギー反応を起こしたことがありますか？

ない 薬（ _____ ） 食べ物（ _____ ）
 その他（ _____ ）

7. 手術を受けたことがありますか？

いいえ はい（手術： _____ その際輸血は？ _____）

8. 女性の方への質問です。

1) 妊娠中ですか、または妊娠の可能性がありますか？ 2) 授乳中ですか？

いいえ はい（ _____ ）週目 いいえ はい

9. 診療情報提供書はお持ちですか？

はい いいえ

10. この1年間で特定健診又は高齢者健診を受けましたか？ 受けた 受けていない

※当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供につとめます。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願い致します。

電子カルテに入力しますので以下のご記入もお願いします。

No. _____

フリガナ

お名前 _____（男・女）

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

郵便番号 〒 _____

ご住所 _____

電話番号（ _____ ） 携帯（ _____ ）

ありがとうございました。ご記入後、受付に渡してお待ちください。