

フリガナ		男	連絡先・	自 宅	
氏 名		・	電話番号	携 帯	
		女	ご家族(お名前・電話番号)		/
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)	住	〒		
		所			
職業(現・元)		同居家族	☐ なし ☐ あり (		名)

1. 今日はどんな症状で来院されましたか？
(いつ) 頃から、(どんな)
2. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？
☐ いいえ ☐ はい (医療機関名)
当院への紹介状 (あり ・ なし)
3. 現在治療中の病気はありますか？また、処方されている薬はありますか？
☐ いいえ ☐ はい (医療機関名)
⇒ ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脳の疾患 ☐ 心臓病 ☐ 肺疾患 ☐ 腎疾患
☐ 胃腸疾患 ☐ 肝・胆のう・膵臓疾患 ☐ 高脂血症 ☐ その他()
4. これまで大きな病気をしたり、手術を受けたりしたことはありますか？
☐ いいえ ☐ はい (いつ) (病名)
(いつ) (病名)
5. 緑内障や眼圧が高いと言われたことはありますか？
☐ いいえ ☐ はい
6. 【男性の方】 【女性の方】
尿が出にくいといった症状や 妊娠をしている可能性はありますか？
残尿感等がありますか？ ☐ いいえ ☐ はい ☐ 不明
☐ いいえ ☐ はい 現在授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい
7. 薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことはありますか？
☐ いいえ ☐ はい ⇒ ☐ 薬／注射 () ☐ 食べ物等 ()
8. 血縁関係のある方に下記のような病気はいらっしゃいますか？
⇒ ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脳の疾患 ☐ 心臓病 ☐ 肺疾患 ☐ 腎疾患
☐ 胃腸疾患 ☐ 肝・胆のう・膵臓疾患 ☐ 高脂血症 ☐ その他()
9. タバコは吸ったことはありますか？
☐ いいえ ☐ はい ⇒ () 本 x () 年間
☐ 現在も吸っている ☐ () 年前に止めた
10. アルコール類は飲めますか？
☐ いいえ ☐ はい (何を) (量) x () 年間
11. 1年以内にスポーツ大会に出場する可能性はありますか？
☐ いいえ ☐ はい ⇒ (競技) (大会)

○当院は、マイナンバー保険証の利用や問診票を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供を目指しております。

マイナンバー保険証の利用にご協力お願い致します。

※ マイナンバー保険証の利用に同意されますか？ ☐ はい ☐ いいえ

※ この1年で「特定健診」や「高齢者健診」は受けられましたか？ ☐ はい ☐ いいえ