

受診日：令和 年 月 日			受診時の体温 ℃		
フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和		性別
お名前			年 月 日	男・女	
		年齢	歳	か月	

※当院が初めての方、前回とは変更がある方をご記入ください。

住所	〒 ー				
電話番号		携帯番号			

マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

- いいえ はい 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。
正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

他の医療機関からの紹介状はありますか？ いいえ はい

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

- 発熱 咳・痰 頭痛 体がだるい 喉の痛み 鼻汁
 腹痛 下痢 食欲低下 嘔気・嘔吐（ 回／日） 便秘 胃痛・胃が重い
 痔・お尻の痛み 便に血が混じる 血圧が気になる 動悸 血尿・排尿時に痛みがある
 にきび・肌荒れ 発疹・湿疹（部位： ）
 健康診断で指摘された ※健康診断の結果をお持ちの方はご提出ください
 転医希望（前医： ）
 その他症状があればご記入ください（ ）

症状はいつからありますか？

- 本日 昨日 2～3日前 1週間前
 それより前（ 月 日から） 不明

現在、治療中の病気はありますか？

- なし（ ）
 あり（ ）

現在、飲んでいるお薬はありますか？

- なし（ ）
 あり（ ）

◎お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。

お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- なし（ ）
 あり（ ）

過去に大きな病気で治療や手術をうけられたことはありますか？

- なし（ ）
 あり（ ）

禁煙について教えてください

- 吸わない 吸う（ 本／日× 年間） 禁煙した（ 歳まで喫煙）

飲酒について教えてください

- 飲まない 飲む（週 日） 種類・量（ ）

※女性の方へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- 現在妊娠中ですか？ いいえ はい（ 週）
● 現在授乳中ですか？ いいえ はい

発熱のある患者様で希望検査項目 にレ点をお願いします。
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス+インフルエンザ <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> ノロウイルス <input type="checkbox"/> ヒトメタウイルス <input type="checkbox"/> RSウイルス+インフルエンザ <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> 検査希望なし <input type="checkbox"/> 医師と相談

