

初めて診療を受けられる患者さまに

ふりがな	
お名前	さま
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
年齢・性別	満()歳 男性・女性
ご自宅の住所	〒 -
お電話	() —
携帯電話	() —
携帯電話 (ご家族)	() — 続柄 ()

●マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

はい いいえ

●今回来院のきっかけとなりましたのは、いつ頃から、どのような症状でしょうか？

()

●今までに指摘された病気についてお聞かせください。

ぜんそく 高血圧症 高脂血症 糖尿病 胃・十二指腸潰瘍

その他 ()

●過去に大きな手術を受けたことがありますか？

① 歳ごろ の手術

② 歳ごろ の手術

●この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

ない

ある いつ頃・指摘事項 ()

●現在、治療を受けている医療機関がありますか？

ない

ある お薬の内容がわかるお薬手帳か薬剤情報があればご提示ください。

●過去に、お薬や注射あるいは食べ物などでアレルギー(ショック・じんましん・気分不良等)を起こしたことはございますか？

ない

ある (アレルギーの原因と思われるもの _____)

●15歳以上の女性の方に妊娠の有無をお伺いいたします。

■妊娠について ない 妊娠している 妊娠している可能性がある 閉経

●薬剤についてお伺いします。

いわゆる先発品のほうが安心できる 値段が安いのであれば、ジェネリックを選びたい

あまりこだわりはない

●当院に来院されたきっかけをお教え下さい。

()

ご協力ありがとうございました

整形外科やまだクリニック