

フリガナ	生年月日 : 大正・昭和・平成・令和		
お名前	(男・女) 年 月 日 () 歳		
ご住所	〒 (—)		
お電話	— —	緊急連絡先	— —
ご職業	介護認定の有無	有: 要介護 () ・ 要支援 () ・ 無	

1. 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？

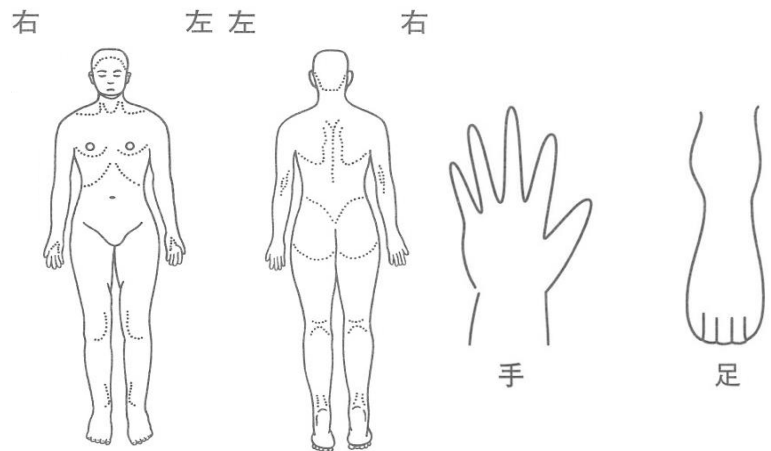
はい・いいえ

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

2. 受診希望の症状は何ですか？

[]

痛い場所を○で囲んでください



3. 症状はいつからですか？

原因もあればお書きください。

[]

4. 現在治療中のご病気はありますか？

いいえ・はい (心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳卒中 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息)
 (胃潰瘍 ・ 感染症 ・ 悪性新生物 ・ 他())

5. 現在服用しているお薬はありますか？お薬手帳があればご提示ください。

(マイナ保険証による情報取得に同意した方については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載は不要です)

いいえ・はい (薬名)

6. 今まで飲み薬・注射などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ・はい (薬名)

7. 今まで手術を受けたことがありますか？

いいえ・はい (脳血管障害・ペースメーカー・ステント・透析・人工関節・その他)

8. (女性の方) 現在、妊娠・妊娠の可能性はありますか？

いいえ・はい

9. 骨粗鬆症の検査を希望されますか？ 65歳以上女性の方

いいえ・はい

75歳以上男性の方

いいえ・はい

10. 現在行っているスポーツや運動はありますか？

いいえ・はい (スポーツ名 所属)

HbA1c(%)	インスリン注射	シャント(右・左)	透析日(. .)	骨粗なし・あり(検査日)
-----------	---------	-----------	------------	--------------