

ふりがな				生年月日	大・昭・平	年	月	日
お名前				年齢	才	性別	男・女	
ご住所	〒				身長	cm	体重	kg
勤務先		職業			電話番号	—	—	
					携帯番号	—	—	

該当するものに☑をお願いします。

今日は どうされましたか？	風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 痰が出る <input type="checkbox"/> 節々の痛み <input type="checkbox"/> 寒気
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 動悸
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 上腹痛 <input type="checkbox"/> 下腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲不振
	その他	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された <input type="checkbox"/> 禁煙外来
上記に当てはまらない場合はご記入下さい。		
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> () ヶ月前から <input type="checkbox"/> () 年前から	
ご来院のきっかけは？	<input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 以前受診した事がある <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 紹介状をお持ちの方は受付にご提出ください。 <input type="checkbox"/> その他()	
治療中の病気や これまでに治療を受けた 病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(喘息、肺気腫など) <input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症、心筋梗塞、不整脈など) <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳神経疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> がん() <input type="checkbox"/> その他()
服用中のお薬 はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	お薬手帳をお持ちの場合は受付にご提示ください。 お持ちでない場合はご記入ください。 ()
お薬や食品で アレルギーが出た 事がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	あるとお答えの方はご記入ください ()
煙草を吸いますか？	<input type="checkbox"/> はい(本/日 年間) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(本/日 年間) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 禁煙外来もおこなっております。 ご希望の方はお声かけください。	
お酒はどれくらい 飲みますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週() 日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 2合未満 <input type="checkbox"/> 3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上 ※清酒1合の目安: ビール500ml 焼酎35度 80ml ワイン2杯 240ml ウイスキーダブル1杯 60ml	
手術を受けたこと がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	あるとお答えの方は手術名(または部位)と受けた年齢をご記入ください。 ()
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠()ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 最終月経(月 日) <input type="checkbox"/> 閉経	

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いたします。
 ◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時): 4点(従来の保険証の場合) 2点(マイナ保険証の場合)