

フリガナ	生年月日：大/昭/平/令 年 月 日 ( 歳)		
お名前： 男 ・ 女	身長：	cm	体重： kg
ご住所 〒 _____ - _____			
ご連絡先 ご自宅：		携帯電話：	
緊急連絡先：ご本人以外の連絡が可能な電話番号			ご関係 ( )
マイナ保険証 (マイナンバーカードの保険証利用)・オンライン資格確認による情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> マイナ保険証を持っていない			

1. 本日はどうなさいましたか？お越しいただいた理由となる症状についてお伺いいたします。

どのような症状ですか？簡潔にご記入してください。 それはいつからですか？

《 \_\_\_\_\_ 》 ( )

2. 現在、服用中のお薬はありますか？ なし・あり → お薬手帳のご持参 ( 有 ・ 無 )

アプリの方はお薬名を記入してください ( )

3. 現在、他院に治療中もしくは経過観察中の病気はございますか？

なし・あり → 心臓病・高血圧・糖尿病・脂質異常症・腎臓病・脳梗塞・肝炎・ガン・その他

( )

医療機関名： ( )

4. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ

5. 今までに大きな病気、手術をうけたことはありますか？

なし・あり → (手術名： \_\_\_\_\_ 手術日： \_\_\_\_\_)

6. 喫煙歴についてお答えください。

喫煙歴なし ・ 以前喫煙していた (1日 本 ・ 年間) ・ 現在喫煙中 (1日 本 ・ 年間)

7. この1年間で健診 (特定健診、高齢者健診、歯科検診) を受診しましたか？ はい ・ いいえ

健診での指摘内容：

8. 今までに薬や食品でアレルギー症状 (発疹・不快感・ショック症状等) を起こした事がありますか？

なし・あり → (薬剤名もしくは食品名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_)

9. 女性の方のみお伺いいたします。 妊娠中である ・ 妊娠の可能性がある ・ 授乳中である

10. 夏見台のすぎおかクリニックを受診されたことはありますか？ はい ・ いいえ

11. よろしければ、今回当院にご来院いただいたきっかけをお聞かせください。

インターネット検索・ホームページ・YouTube・広告・チラシ・看板・家や職場が近い・TV・雑誌・本・知人紹介  
セカンドオピニオン (自費診療)・その他

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。