

年 月 日

フリガナ

〒

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

大 昭 平 年 月 日生 ( 歳 ) 体重 \_\_\_\_\_ kg 電話 \_\_\_\_\_

1. 本日、受診された症状について (いつから・症状の内容・経過等。紹介状をお持ちでしたらご提出をお願いします。)

[ ]

2. 現在、他の医療機関に通院されていますか？ はい ・ いいえ (医療機関名、受診日、治療内容等)

お薬手帳をお持ちで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は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能です。

[ ]

3. 薬や食べ物、その他アレルギー等ありましたら、ご記入ください。

- ・食べ物 ( ) ・花粉症 ( 春 ・ 秋 ・ 通年 )
- ・抗生物質 ( ) ・ピリン ( ) ・風邪薬 ( )
- ・その他 ( )

4. 下記についてもご記入をお願いします。【○印で答えられるものは、○印で答えてください】

- ・生理 ( 順調 ・ 不順 ・ 月経困難 ・ 無 ・ 閉経 才 )
- ・酒 ( 飲む ・ 飲まない ) 飲む人 ⇒ ( ほぼ毎日 ・ 週に数回 ・ 月に数回 )  
( ビール ・ 日本酒 ・ 焼酎 ・ その他 )
- ・タバコ ( 吸う ・ 吸わない ) 吸う人 ⇒ タバコ1日 ( 本位吸う )
- ・健康診断またはドック ( ほぼ毎年受けている ・ いない ) 最後に受けた 年 月  
受けた項目 [ 尿 ・ 血液 ・ 心電図 ・ 胸部レントゲン ・ 眼底検査  
胃がん ・ 大腸がん ・ 乳がん ・ その他 ]
- ・検査結果で ( 異常あり ・ 異常なし )

異常を指摘されている内容をご記入ください。健診結果をお持ちであればご提示ください。

[ ]

5. 今までに治療したことのある大きな病気・けが等がありますか？

その時期と病名を書いてください。病気の疑いで詳しく検査を受けた場合も書いて下さい。

[ ]

6. 女性の方へ【○印を付けてください】

現在 妊娠している (第 週目) ・ 妊娠していない

授乳中 ( はい ・ いいえ )