

お待ちしている間にお書きください

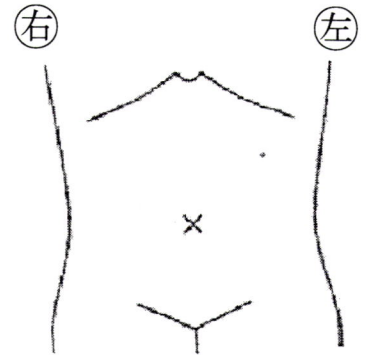
お名前 \_\_\_\_\_ / ID \_\_\_\_\_ / 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

身長 \_\_\_\_\_ cm / 体重 \_\_\_\_\_ kg / 体温 \_\_\_\_\_ °C

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。

マイナ保険証による診療情報取得に同意 する しない 持っていない



わかる範囲でお答えください

1. 今日はどうなされましたか？

- 健診などで異常指摘され、精密検査希望 症状があるため受診
- セカンドオピニオンなどの相談 その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. どのような症状ですか？

に当てはまらない方は括弧に記載をお願いします。

症状のある部位に○を付けてください

- 胸やけ 下痢 便が黒い 眼あるいは皮膚が黄色い 背部痛 腹部膨満感
- 吐き気 便に血が混ざる 飲み込むのがつらい
- 体重減少 — ( \_\_\_\_\_ ) kg / ( \_\_\_\_\_ ) 日前から・( \_\_\_\_\_ ) 週間前から・( \_\_\_\_\_ ) ケ月前から
- 腹痛 ( \_\_\_\_\_ ) 日前から・( \_\_\_\_\_ ) 週間前から・( \_\_\_\_\_ ) ケ月前から
- ( \_\_\_\_\_ )

3. 今までかかった病気を教えてください。手術したことがあればその他に記載をお願いします。

- 糖尿病 高血圧 心臓病 脳梗塞 肝疾患 胆石 胃・十二指腸潰瘍
- 骨折 不整脈 前立腺肥大症 緑内障 輸血歴 (あり・なし)
- 潰瘍性大腸炎 クロウン病 その他 ( \_\_\_\_\_ )

4. 服用している薬とサプリメントを教えてください。手帳をお持ち出ない方は下記に記載してください。

( \_\_\_\_\_ )

5. お酒は飲みますか？

- 飲まない 飲む 付き合い程度 週3-4回 毎日
- ビール 日本酒 焼酎 ワイン ウイスキー
- 1回量は？ ( \_\_\_\_\_ )

6. タバコは吸いますか？

- 吸わない 以前あり \_\_\_\_\_ 本/日 × \_\_\_\_\_ 年間
- 現在も喫煙中 \_\_\_\_\_ 本/日 × \_\_\_\_\_ 年間

7. アレルギーはありますか？

- なし あり → ( \_\_\_\_\_ )

8. 2週間以内の海外渡航歴はありますか。 いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

9. 女性の方へ ①妊娠の可能性はありますか？ なし あり (妊娠 \_\_\_\_\_ ケ月)

②生理中ですか？ はい いいえ

10. 他に心配なことはありますか？書ききれなければ裏をご利用ください

( \_\_\_\_\_ )