

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 男性 女性 紹介状

診察を円滑にするために、お分かりになる範囲で、次の質問にお答え下さい。

1. いつから、主にどのような症状がありますか。

また、次のうち、現在あてはまるものにチェックして下さい。

- 発熱 (_____ 度) *過去1か月以内に海外渡航歴はありますか? ある・ない (_____)
- のどの痛み 咳 痰 鼻水 鼻詰まり ゼーゼー お腹が痛い
- お腹がはる 吐き気 おうと 便秘 下痢 食欲がない やせてきた
- 太ってきた 胸が痛い 動悸 息切れ 体のむくみ 足のむくみ 頭痛
- めまい 耳鳴り 肩こり 疲れ易い のどが渇く 手のこわばり 関節の痛み
- 腰痛 手足のしびれ まひ ろれつが回らない かゆみ しっしん 不眠

2. 現在治療中の病気がありますか。

- ない ある (病名: _____)
(内服薬: _____)

3. 薬のアレルギーはありますか?

- ない ある (薬剤名: _____)

4. 妊娠の可能性はありますか?

- ない ある (最終生理日は _____ 月 _____ 日から _____ 日間)

5. 今までに何か病気にかかったことはありますか?

- ない ある (_____ 歳の時に _____ / _____ 歳の時に _____)

6. 輸血を受けたことがありますか?

- ない ある (_____ 歳の時に)

7. 家系的に脳卒中、心臓病、糖尿病、結核、腎臓病、血液疾患、リュウマチ、膠原病、高血圧、癌
その他、特別に多いと思われる病気はありますか?

- ない ある (_____)

8. その他

身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg) 未婚 既婚常用薬: ない ある (薬剤名: _____)晩酌: しない する (お酒 _____ 合/日、ビール _____ 本/日
焼酎 _____ 合/日、ウイスキー _____ 杯/日)タバコ: すわない すう (_____ 本/日)

9.この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？

ない ある

10.マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか？

する しない

○ 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。
(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関となっています。)

○ 正確な情報と取得・活用するため、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算 1…4点 加算 2…2点(マイナ保険証を利用した場合)

ご協力ありがとうございました。記入がすみましたら、受付にお渡し下さい。

中田病院