

# 予 診 票

年 月 日記入

住所・連絡先変更なし

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日(才)
住所	〒 -		
自宅	( ) -	携帯	- -
付添	氏名	続柄( )	連絡先 - -

マイナンバーカード (有・無) マイナ保険証による診療情報取得に同意する

この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか? (はい・いいえ)

1.本日、どのような症状で受診されましたか? (該当するものにチェックしてください)

年 月 日 頃から

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 発熱 ( °C)                                | <input type="checkbox"/> 風邪症状 (咳・痰・鼻水・咽頭痛・悪寒)   |
| <input type="checkbox"/> 身体がだるい (倦怠感)                            | <input type="checkbox"/> 息苦しさ (呼吸困難)  |
| <input type="checkbox"/> めまい                                     | <input type="checkbox"/> 動悸   |
| <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 (回)                              | <input type="checkbox"/> 身体の痛み (胸痛・腹痛・背部痛・関節痛)  |
| <input type="checkbox"/> 下痢 (回)                                  | <input type="checkbox"/> 排尿痛・残尿感・血尿   |
| <input type="checkbox"/> 頭痛                                      | <input type="checkbox"/> 皮膚症状 (かゆみ・発疹)  |
| <input type="checkbox"/> むくみ                                     | <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="checkbox"/> かかりつけ医変更 ・ <input type="checkbox"/> 物忘れ外来 ・ <input type="checkbox"/> 健康診断後の再検査) |
| <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="checkbox"/> かかりつけ医変更 | <input type="checkbox"/> 物忘れ外来 ・ <input type="checkbox"/> 健康診断後の再検査)  |

2.現在治療中の病気はありますか?  はい ・  いいえ

- |                                  |                              |   |
|----------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病     | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症・高コレステロール |
| <input type="checkbox"/> 心臓病     | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病            |
| <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                              |   |

通院している病院名:

3.現在、服用中のお薬はありますか?  はい ・  いいえ

⇒「はい」にチェックされた方は、お薬名を記入して下さい。※お薬手帳持参の場合不要

※お薬手帳や薬剤情報がある方は、窓口へ提出して下さい。

4.今まで病気やけがで入院・手術を受けたことがありますか?  はい ・  いいえ

(才頃) 病名

(才頃) 病名

5.お薬や食べ物等でアレルギー(発疹など)が出たことはありますか?

はい ( ) ・  いいえ

6.女性の方にお聞きします。現在妊娠・授乳はされていますか?  妊娠中 ・  授乳中

※ご記入ありがとうございました。

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。