

当院に初めての方へ

フリガナ

【氏名】

【性別】 男 ・ 女

【生年月日】 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)

【住所】 〒

【電話番号】 携帯： 自宅：

●症状とその発症日時、経過をお書き下さい。 **※必ず記入してください**

●現在ある症状に○を付けて下さい。

- ・咳 ・痰 ・咽頭痛 (のどの痛み) ・発熱 (度) ・鼻水 ・鼻づまり
・頭痛 ・筋肉痛 ・関節痛 (節々の痛み) ・全身倦怠感 ・嘔気 (はきけ) ・嘔吐
・腹痛 ・下痢 (日頃から 回/日)

- 妊娠中または妊娠の可能性 無 ・ 有
●授乳中ですか。 無 ・ 有
●アレルギーはありますか。 無 ・ 有 ()
●薬アレルギーはありますか。 無 ・ 有 ()
●アルコール類は飲みますか。 いいえ ・ はい (頻度： 回/週、 大体の量：)
●たばこを吸いますか。 いいえ ・ はい (本/日)
喫煙歴ありの方 喫煙歴 歳 ~ 歳まで

●薬局や他院でお薬を頂いていればお書き下さい。

●既往歴 (年齢をお書き下さい)

- ・心臓病 () ・脳卒中 () ・高血圧 () ・糖尿病 () ・高脂血症 ()
・痛風 () ・貧血 () ・結核 () ・肝臓病 () ・腎臓病 ()
・がん () ・胃潰瘍 () ・白内障 () ・緑内障 () ・眼底出血 ()
・その他 () ※病名

●家族歴 (続柄をお書き下さい)

- ・心臓病 () ・脳卒中 () ・高血圧 () ・糖尿病 ()
・肝臓病 () ・腎臓病 () ・結核 () ・がん ()

●コロナワクチン接種歴 回数： 回、 最終接種日は 年 月 日頃

●マイナ保険証をお持ちの方へ

- ・当院で診療情報を取得・活用することに同意されますか？ 同意する ・ 同意しない

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おります。
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理解・ご協力頂けると幸いです。