

ふりがな

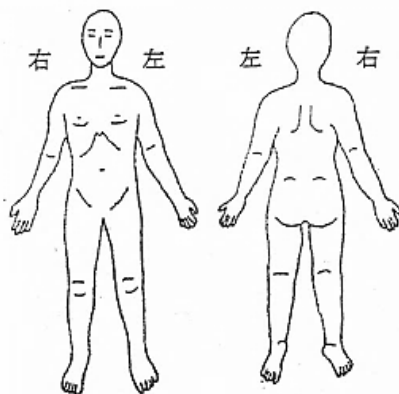
氏名 様 歳 (男・女)

付添 無・有  
(ご関係 )

- ・マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ (いいえ・はい)
- ・他の病院・医院からの紹介状はお持ちですか？ (ない・ある)
- ・健康診断の結果はお持ちですか？ (ない・ある)

・業務中、通勤途中、交通事故によるものですか？  
(いいえ・はい → 業務中・通勤途中・交通事故)

## 診察希望部位に○をつけてください



- ・その症状はいつ頃からですか？ ( ) から)
- ・どのような症状がありますか？
- ・症状のきっかけや思い当たる原因はありますか？  
(いいえ・はい → )
- ・その症状のことで他の病院に行った方は下記にご記入ください  
・いつ ( ) ・病院名 ( ) ・内容 (検査・薬・その他 )

- ・今までで治療した、または現在治療中の病気はありますか？○をつけてください  
・脳梗塞・脳出血・緑内障・白内障・狭心症・心筋梗塞・不整脈・高血圧・高脂血症  
・糖尿病・肺の病気・喘息・肝臓の病気・膵臓の病気・腎臓の病気・認知症・前立腺肥大  
・精神の病気 ・がん (部位 ) ・その他 ( )
- ・今まで手術をうけたことはありますか？  
(ない・ある (いつ： 病名： ) )
- ・現在他院からの薬を服用しているものがあればお書きください  
(ない・ある ( ) ・お薬手帳参照)
- ・血をサラサラにする薬を飲んでいませんか？ (いいえ・はい)
- ・現在かかりつけの病院・医院はありますか？  
(ない・ある (病院名： ) )
- ・この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか  
(ない・ある (いつ： 指摘事項： ) )

