

ふりがな 氏名 様 歳 (男・女) 身長: cm 体重: kg	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)

・今回は高血圧についてどのような症状で受診されましたか？
 (・健康診断の精密検査)

・ご家庭で血圧測定は行っていますか？
 (いいえ・はい (だいたいの血圧値を教えてください) ・血圧手帳参照)

・なにか自覚症状はありますか？
 (頭痛・はきけ・めまい・顔のほてり・動悸・その他 ())

・その症状はどのような時に起こりますか？
 (血圧の高い時・動いた時・安静時・朝起きた時・わからない・その他 ())

・高血圧はいつ頃から指摘されていますか？もしくは自覚するようになりましたか？
 (年 月頃から・わからない)

・塩辛いものは好きですか？
 (いいえ・はい)

・今までで治療を受けたことのある病気をお書きください
 (ない・ある (・緑内障・前立腺肥大・腎臓病))

・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:))

・血縁関係にあるご家族で以下の病気をお持ちの方はお書きください
 (ない・ある) ※あるとお答えの方は、あてはまるものに○をつけてください。
 心臓病 (狭心症・心筋梗塞・その他)、脳血管疾患、がん、糖尿病、高血圧、脂質異常症、
 遺伝性疾患 ()・突然死 (続柄:))

・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:))

・ペースメーカーなど体内に金属類は入っていますか？
 (いいえ・はい ())

・タバコは吸いますか？
 (いいえ・はい: 1日 本 年間・ 年前にやめた)

・アルコールは飲みますか？
 (飲まない・飲む (種類: 、 回/月・週・日、機会飲酒程度)

・食べ物や飲み物、薬剤などでアレルギー症状をおこしたことはありますか？
 ※発疹、気分不良、ショックなどおこしたことがある方はお書きください。
 (いいえ・はい ())

- ・（女性の方）現在妊娠中ですか、もしくは可能性はありますか、また授乳中ですか
（いいえ・はい（妊娠中・授乳中）・答えたくない・その他（ ））
（ない・ある（ ）） ・お薬手帳参照
- ・特に調べてほしいこと、ご希望の検査、治療がありましたら、ご記入ください。
（ ）
- ・当院、当科をどちらでお知りになりましたか？
（ホームページ・知人の紹介・近所だから・通りがかり・知り合いがいる・その他（ ））

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お願いいたします。