

ふりがな

氏名 様 歳 (男・女)

身長: cm 体重: kg

利き手 (右手・左手)

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)

・ 本日はどのような件で来院されましたか?

( )

・ よろしければ以下の質問にあてはまるものに、○をつけてください。

- ① 最近物忘れが多くなった。
- ② 同じことを何度も言ったり、聞いたりするようになった。
- ③ 日時や時間がわからないことが多くなった。
- ④ 道に迷うようになった。
- ⑤ 食べ物がむせこむようになった。
- ⑥ 手足が震えるようになった。
- ⑦ よく転倒するようになった。
- ⑧ 以前と比べて活気がなくなった。
- ⑨ 夜中によく起きて歩き回るようになった。
- ⑩ 実際にはいない人に話しかけるようになった。
- ⑪ 以前と違って怒りやすくなった。
- ⑫ その他 ( )

・ これらの症状はいつ頃からありましたか?

( 年 月頃から)

・ 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 (高血圧・糖尿病・高脂血症・緑内障・前立腺肥大・腎臓病  
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: ))

・ 血縁関係にあるご家族で以下の病気をお持ちの方は書きください

(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: ))



・現在、どなたと一緒に生活をされていますか？年齢なども教えてください。  
また、主に介護する方の番号に○をつけてください。

(例) ①関係 ( 夫 (90歳) )

①一人暮らし ②関係 ( ( 歳) ) ③関係 ( ( 歳) )

・日常生活にご支援いただいている（もしくはご支援していただける）  
ご家族はいらっしゃいますか？

(いない・いる (ご本人とのご関係: ) )

・介護保険を利用していますか？利用サービスなどがあれば教えてください。

①利用していない ②介護認定を申請していない

③利用している (要介護度: 要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5)

(利用サービス内容: )

・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: ) )

・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 ( ) )

・現在他院からの薬やサプリメント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)

・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。