

下記の質問に出来るだけお答え下さい。より適切な診療をする為の資料とさせていただきます。

フリガナ			職種又は		
氏 名			学校名		
			スポーツ		
生年月日	S・H・R	年 月 日	歳	介護度の認定	受けている・受けていない
本日、情報提供書はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					

1.今日はどうされましたか。症状を具体的にご記入ください。

--

2.これまでに入院を必要とする病気・手術などをしたことがあればご記入ください。また、現在他院でお薬などをもらわれている方はご記入ください。

病 名		いつ頃	
病院名			
薬 名			

3.これまでに薬や注射の副作用でアレルギー反応を起こしたことがありますか。

<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬品名：
--

4.海外旅行に行かれた事がありますか。

<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつ頃・どこへ：
--

5.あなたの肉親に下記の病気の方がいらっしゃいますか。

①糖尿病 ②高血圧 ③脳卒中 ④喘息 ⑤心臓病 ⑥肝臓病 ⑦リウマチ ⑧ガン (部位：)

6.5で該当する項目に○をつけられた方のみご記入ください。

(例)	該当項目	⑧(胃)	誰が	実母	現在	治療中	死亡	その他
	該当項目		誰が		現在	治療中	死亡	その他
	該当項目		誰が		現在	治療中	死亡	その他
	該当項目		誰が		現在	治療中	死亡	その他

7.輸血をされたことがありますか。

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい いつ頃：

8.女性の方のみご記入ください。

<input type="checkbox"/> 月経中 <input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月) <input type="checkbox"/> 出産後 <input type="checkbox"/> 授乳中 (ヶ月)

9.その他

夜眠れないことがありますか。	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる(薬名：)
夜アルコールは飲まれますか。	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む： を 杯・本・合/日 飲酒歴： 年
タバコは吸いますか。	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う： 本/日 喫煙歴： 年
ペットは飼っていますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい：種類 屋内・屋外

10.その他質問などございましたらご記入ください。

--

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・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。 ◆医療情報取得加算(初診時):1点 (再診時):1点

マイナ保険証による診療情報取得に	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
------------------	--