

年 月 日

診察券ID: _____ 氏名: _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 歳

住所: _____ 性別: 男 ・ 女

自宅TEL: _____ 携帯TEL: _____

ご職業: _____ 身長: _____ cm 体重: _____ kg

1. 症状で当てはまるものに○をつけて、ご記入ください。 ～症状についてお聞かせください～

※ 症状はいつからですか?

今日 ・ 昨日 ・ 一昨日 ・ _____ 日前 ・ _____ 週間前

※ 症状: 胸痛 ・ 背部痛 ・ 動悸 ・ 息切れ ・ 呼吸困難 ・ めまい
発熱 ・ 腹痛 ・ 咳 ・ 下肢痛 ・ 浮腫 ・ 頭痛 ・ その他()

※ 頻度: 1日に _____ 回 ・ 1週間 _____ 回 ・ 1か月 _____ 回

2. 普段かかっている病院・医院・クリニック (あり・なし)

病院名: _____ 医師名: _____ 先生

病院名: _____ 医師名: _____ 先生

病院名: _____ 医師名: _____ 先生

※ 普段飲んでいるお薬 (あり ・ なし)

※ おくすり手帳 (あり ・ なし ・ 本日持参なし)

3. これまでに治療・手術・検査等を含め入院したことがあれば、下記にご記入ください。

1) _____ 年頃または _____ 年前 病名: _____ 病院名: _____

2) _____ 年頃または _____ 年前 病名: _____ 病院名: _____

3) _____ 年頃または _____ 年前 病名: _____ 病院名: _____

4) _____ 年頃または _____ 年前 病名: _____ 病院名: _____

4. 下記の当てはまる項目に○をつけて、ご記入ください。

1) 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 心房細動

2) たばこ (吸ったことがない ・ 吸う ・ 以前吸っていた)

～喫煙歴がある方は下記にご記入ください～

吸う (1日 _____ 本 ・ _____ 年間)

以前吸っていた (1日 _____ 本 ・ _____ 年間: _____ 年前 ・ _____ カ月前にやめた)

3) お酒 (飲む ・ 飲まない)

～飲む方は下記にご記入ください～

種類: 日本酒 ・ ビール ・ 焼酎 ・ ワイン ・ その他 ()

週 _____ 日 ・ _____ 合 ・ _____ ml

4) 血の繋がったご家族に心臓病の方 (いる ・ いない)

～いる方は下記にご記入ください～

続柄: _____ 病名: _____

続柄: _____ 病名: _____

続柄: _____ 病名: _____

5) アレルギー (あり ・ なし)

～ありの方は下記にご記入ください～

薬剤: _____ 食べ物: _____

金属 ・ 花粉 ・ その他 (_____)

※ アルコールおよびアルコール消毒によるかぶれなどありますか? (あり ・ なし)

6) 出血歴 (あり ・ なし)

～ありの方～ 脳出血 ・ 吐血 ・ 下血 ・ 血尿 ・ 鼻出血 ・ その他 (_____)

7) 輸血歴 (あり ・ なし)

～ありの方～ 出血 ・ 手術 ・ その他 (_____)

8) 虫 歯 (あり ・ なし)

～ありの方～ 治療中 ・ 未治療

5. 家族構成を教えてください。

同居人名: _____ 別居: _____

緊急連絡TEL: _____ 緊急連先の続柄と氏名: _____

6. 介護認定はありますか? (あり ・ なし)

要支援1 ・ 要支援2

要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

7. 新型コロナワクチンは接種しましたか? (はい ・ いいえ)

8. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? (はい ・ いいえ)

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をお願いいたします。