

本日はどうなさいましたか？（成人）

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用します。

患者ID

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		男	昭・平	年	月	日生	
お名前	様	女					歳
ご住所	〒	自宅電話					
		携帯電話					

体温 _____ °C

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（はい・いいえ）
2. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？（はい・いいえ）
3. 本日はどのような症状で来院されましたか？ いつから？（→
発熱 咳 鼻水 発疹・湿疹 のどの痛み 頭痛 腹痛 嘔吐 回/日
下痢 回/日 その他（ ）
4. 今まで病気で入院や通院、手術をしたことがありますか？（ある・ない）
ある方は病名・時期を記入→（ ）
5. 現在、他院に通院中及び服用中の薬がありますか？（ある・ない）
ある方は病名・薬名を記入→（ ）
6. お薬手帳を持っていますか？（ある・ない）→持っている方は受付にお渡しください
7. 食べ物や薬のアレルギーはありますか？（はい・いいえ）
はいの方は原因・症状を記入→（ ）
8. 生活習慣についてお伺いします
お酒 飲む（毎日・月 日 / 1日 合） ・ 飲まない
たばこ 吸う（1日 本 年間） ・ 吸わない ・ 禁煙した（ 年前から）
9. 女性の方にお伺いします
現在の妊娠の有無→（なし・あり） 授乳中ですか→（いいえ・はい）
10. 当院をどこでお知りになりましたか？（看板・知人・インターネット・通りがかり・その他）

*その他 _____

当院は診療情報を習得・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。
正確な情報を習得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。
もろの木こどもクリニック 院長