



# はじめて来院された方へ

令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日生
お名前				
ご住所	〒		電 話	( )

現在の体温 ( ) °C

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

## 1. 今日はどのようなことでこられましたか？

胃痛 腹痛 (下痢・便秘) おしりの痛み・血便 風邪症状 外科  
その他 ( )  
・ それはいつ頃ですか？ ( ) 日から ( ) 日前ごろから

## 2. マイナ保険証による診療情報に同意されましたか？

いいえ はい

## 3. 現在、他の医療機関に通院されていますか？

いいえ はい (医療機関名: )

### 紹介状はお持ちですか？

いいえ はい

## 4. 今飲んでいる薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方はご提示ください)

いいえ はい (薬名: )

## 5. 今までに薬や食品等でアレルギー反応が出たことがありますか？

いいえ はい (原因となったもの: )

## 6. いままでに大きな病気をされたことがありますか？ (入院や手術を要する病気等)

いいえ はい (病名: )

## 7. この1年間で健診(特定健診・高齢者健診)を受診していますか？

いいえ はい (受診時期: )

## 8. 現在、妊娠中又は授乳中ですか？ (女性のみ)

いいえ はい (妊娠 週 ・ 授乳中 )

## 9. その他、伝えておきたいことがあればご記入ください。

[ ]

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まいります。  
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。