

マイナ保険証による診療情報取得について <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない									
当院に来院されたのは今回が初めてですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
他医療機関からの紹介状はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
当院以外で通院されている病院はございますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
医療機関名：									
フリガナ					(生年月日)T・S・H・R 年 月 日				
氏名					男・女		年齢		才
ご住所 〒 —					cm		kg		
					電話	自宅:( ) —			
					番号	携帯: — —			
女性の方のみ 妊娠 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中である									
本日の来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください									
<input type="checkbox"/> 発熱 月 日から 最高 °C 悪寒 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 月 日から 1日 回くらい 血液混入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
<input type="checkbox"/> 咽頭痛 月 日から									
<input type="checkbox"/> 咳 月 日から <input type="checkbox"/> 2週間以上続いている									
<input type="checkbox"/> 食欲低下 月 日から									
<input type="checkbox"/> 体重減少 月 日から kg減少した									
<input type="checkbox"/> 下痢 月 日から 1日 回くらい 血液混入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
<input type="checkbox"/> 腹痛 月 日から へそ周囲・下腹部 背部痛 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
<input type="checkbox"/> 胃痛 月 日から 黒色便 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
<input type="checkbox"/> 頭痛 月 日から しびれ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 麻痺 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
<input type="checkbox"/> 胸痛 月 日から									
<input type="checkbox"/> 関節痛 月 日から									
<input type="checkbox"/> 喘鳴(ぜいぜいする) 月 日から									
<input type="checkbox"/> 息苦しい 月 日から									
<input type="checkbox"/> 体のむくみ 月 日から <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> 手背									
<input type="checkbox"/> その他 月 日から									
上記の症状で他の医療機関を受診されましたか？									
<input type="checkbox"/> はい 医療機関名( ) <input type="checkbox"/> いいえ									
今までにかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
はいと答えられた方は以下にご記入ください									
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障									
<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> その他( )									
薬や注射による副作用はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )									
アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいと答えた方は該当するものに○をつけてください									
<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他( )									
現在服用されている薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(当院・他院) お薬手帳持参 なし・あり									
お薬名( )									
血液サラサラの薬を服用されていますか？(ワーファリン、バイアスピリンなど) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい									
睡眠 <input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 不眠がち									
タバコ <input type="checkbox"/> 吸う 1日平均( )本 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した( )年前から									
お酒 <input type="checkbox"/> 飲む 1日に飲む量( )( )回/週 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 禁酒した( )年前から									

※裏面へ続く

この1年間で検診(特定検診及び高齢者検診に限る)を受診されましたか？

(マイナ保険証による情報取得に同意された方は、記載不要です。)

はい

いいえ

※はいと答えた方は受診時期、指摘事項を可能な限りご記入ください。

(受診時期: 年 月 日)

(指摘事項: )

※下記の1～4の検査は保険適用外(患者様全額負担)となります。

ご希望される方のみチェックをお願いします。

1. 血管年齢測定を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい
2. 肺年齢測定を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい
3. 骨密度検査(骨粗鬆症)の検査を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい
4. 内臓脂肪解析検査を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい

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おります。

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します。