

初診・お久しぶりの患者さまへ

西條クリニック下馬

ふりがな

氏名 _____ 受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 歳 (男・女)

住所 _____

電話番号 _____ 緊急連絡先 _____ 続柄 _____

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか? しない / する

1) どのような症状で来院されましたか? いつからですか

(_____ 月 _____ 日から)

2) 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? ない / ある

3) 今までに入院したことがありますか?

ない / ある いつ頃 (_____) 病名 (_____)

4) 現在、他の医療機関に通院されていますか?

ない / ある 医療機関名 (_____)
病名 (_____)
薬の名前 (_____)

5) この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診した事がありますか?

ない / ある

6) これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか?

ない / ある 薬の名前 (_____) 症状 (_____)

7) 該当するものに○をつけてください。

緑内障 / タバコ(吸わない・吸う(1日 _____ 本))
お酒 (飲まない・飲む(週 _____ 回 _____ 本/ml))

8) 女性の方へおたずねします。

妊娠していない / 妊娠中(現在 _____ 週目) / 可能性がある / 授乳中

9) 男性の方へおたずねします。

前立腺肥大症と言われたことがありますか? ない / ある

10) 当院をお知りになった理由を教えてください。(該当する項目があれば○で囲んで下さい)

家族・知人の紹介(紹介者 _____ 様) 通りがかり 看板 雑誌
インターネット(当院ホームページ 医療検索サイト) フリーペーパー

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。