

外来受診の方へ

※当院で診療を受けた事がある場合は、お申し出ください。

令和 年 月 日

フリガナ			
氏名	男 ・ 女		
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日 (才)		
住所	〒 ー		
電話番号	自宅 () ー	携帯電話 ()	ー
勤務先	名称	職種	

●具合の悪いところを具体的に記入してください。(いつから、症状等)

●今回の症状で他の病院にかかりましたか？

いいえ はい 年 月 日頃から _____ 病院・医院で受診

●今までに大きな病気や、現在治療中の病気がありますか？

●以下の病気と診断された事がありますか？あれば✓をお願いします

・高血圧 ・脂質異常症 ・糖尿病

●現在、飲んでいる薬はありますか？ なし あり ⇒ お薬手帳 なし あり

●薬のアレルギーはありますか？ なし あり ⇒ 薬品名 _____

●たばこ 吸わない 吸う (1日 ___ 本) やめた

●アルコール 飲まない 飲む (種類 _____、毎日・時々・1日 ___ 杯・本)

●直近1年間で健診(特定健診や特定健康審査など)受けられましたか？

いいえ はい 時期 _____ 年 月頃 指摘事項 _____

●健診結果・他院からの紹介状などがありますか？ なし あり

●介護サービス 利用していない 利用している(※下記ご記入ください)

介護区分：要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5) ケアマネージャーのご氏名： _____ 様

ご利用施設名： _____ TEL：() ー _____

●マイナ保険証の診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ 保険証利用

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ください

