

外来受診の方へ

北見循環器クリニック

※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	(大・昭・平・令) 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

●現在妊娠していますか？ ☐いいえ ☐妊娠中 (週目) ☐授乳中

●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

●当院をどちらでお知りになりましたか？ ☐インターネット ☐情報誌 ☐紹介 ☐その他

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