

<初診時間診票>

記入日 年 月 日

氏名 _____ 様

受診するにあたり、よりよい診察が出来るように以下の質問にお答え下さい。

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか？ (はい ・ いいえ)
 2. いつ頃から、どのような症状がありますか？ご記入ください。(該当に○)
月 日 () の 午前 / 午後 頃から
発熱 (°C) / 咳 / 頭痛 / 腹痛 / 胸痛 / 関節痛 / 湿疹 / めまい / 下痢 / 便秘
・現在の症状 ()
 3. 現在の症状で受診する前にどこかで診察を受けましたか？ (受けない ・ 受けた)
月 日頃 病院名 ()
飲んでいる薬 () 投薬期間 (月 日 ~ 月 日)
 4. 現在、他の病院に通院していますか？ (いる ・ いない)
病名 () 使用している薬 ()
 5. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ (いる ・ いない)
 6. 現在までに、かかったことのある病気をご記入ください。
高血圧 (歳) 糖尿病 (歳) 心臓病 (歳) 肝臓病 (歳) 脳梗塞 (歳)
脳出血 (歳) 胃腸障害 (歳) 婦人科疾患 (歳) 泌尿器科疾患 (歳)
その他 ()
輸血を受けた事がありますか？ (はい 歳の頃 ・ いいえ)
 7. 現在までに、入院・手術を受けた事がありますか？ (はい 歳の時 ・ いいえ)
病名 () 病院名 ()
 8. 蕁麻疹などアレルギー体質がありますか？ (はい ・ いいえ) はいの場合該当に○
薬剤 ・ 食べ物 () / 花粉症 / アトピー性皮膚炎 / 喘息 / その他 ()
 9. この1年間で健診を受診しましたか？(特定健診及び高齢者健診に限る) (はい ・ いいえ)
(はいの場合) 受診はいつ頃 (月 日頃) 指摘事項はありましたか？ ()
- ※マイナ保険証による情報取得に同意された方は、記入省略
10. 現在の生活についてお尋ねします。
・タバコ (吸わない ・ 吸う1日 本) ・睡眠 (良 ・ 普通 ・ 不眠)
・排尿 (日中 回 ・ 夜間 回) ・排便 (日 回)
・飲酒 (飲まない ・ 飲む→< 毎日 / 時々 ><ビール ・ 酒 ・ 焼酎 >) 量 ()
 11. (女性のみ) 現在、妊娠中又は授乳中ですか？妊娠(はい 週/ いいえ) 授乳(はい / いいえ)
 12. 現在介護保険を利用 (していない ・ している) 介護度 (要介護 ・ 要支援)

病院記入欄	身長 (c m)	体重 (kg)	体温 (°C)
	血圧 (/)	脈拍 ()	SpO2(%)

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。