初　診　申　込　書

年　　月　　日

カルテNo.

フリガナ		男・女	体　重
氏　名	様		kg
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日生　　才		
住　所	〒　　－		
TEL	自宅　　携帯		
いままでに当院を受診された事がありますか？		は い	いいえ

1) 本日受診することになったおもな症状は？ ……→ いつ頃から

どのような症状

2) 他医療機関からの紹介状をお持ちでしょうか。 ……→（ はい ・ いいえ ）

3) 現在治療中の病気にすべて□に✓をつけて下さい。

□ ぜん息　□ 胃十二指腸潰瘍　□ 緑内障　□ 前立腺肥大　□ 高血圧　□ 糖尿病　□ アレルギー

□ 結核　□ 心臓病　□ 腎臓病　□ 肝臓病　□ その他（　　）

4) 現在、医師の治療を受けていますか。 ……→（ うけている ・ うけていない ）

どのような病気ですか【　　】

5) 現在服用している薬がありますか。 ……→（ 服用している ・ 服用していない ）

お薬手帳の有無【 有 ・ 無 】　どのような薬ですか【　　】

6) 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。 ……→（ ある ・ ない ・ わからない ）

どのような病気ですか【　　】

7) アレルギー体質とか、異常体質といわれたことがありますか。 ……→（ ある ・ ない ・ わからない ）

アレルギー体質【 薬 ・ 食物 ・ アルコール綿 】

8) 注射や飲み薬で気分が悪かったり、発疹がでたことがありますか。 ……→（ ある ・ ない ・ わからない ）

どのような薬ですか【　　】

9) この１年間で特定検診及び高齢者検診を受診されましたか。 ……→（ はい ・ いいえ ）

10) ケガなどをして血液が止まりにくい体質ですか。 ……→（ はい ・ いいえ ・ わからない ）

11) 輸血をうけたことがありますか。 ……→（ はい ・ いいえ ・ わからない ）

12) たばこ ： 吸う（1日　　本） ・ 吸わない ・ 禁煙した。（　　年前から）

13) お 酒 ： 飲む（週　　日） ・ 飲まない ・ 禁酒した。（　　年前から）

14) 女性の方にお聞きいたします。

現在、妊娠していますか。あるいは妊娠の疑いがありますか。 ……→（ ある ・ ない ・ わからない）

15) その他、受けたまわっておくこと

16) 下記内容より、マイナ保険証による医療情報の取得に同意されますか。 ……→（ はい ・ いいえ ）

※ 当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・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・活用するために、マイナ保険証のご利用にご協力をお願い致します。

ありがとうございました。これらの事項は秘密厳守いたします。

医療法人　慶秋会
あきやまクリニック