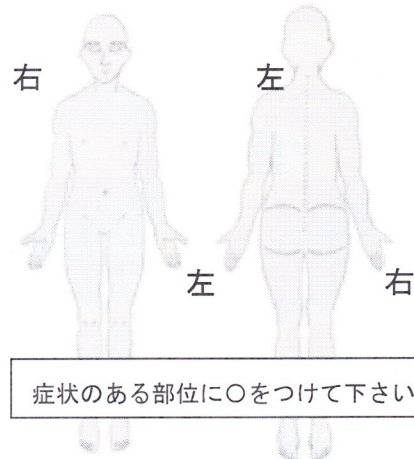


フリガナ					大・昭・平・令
氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 -			電話番号	自宅: () - 携帯:
ご職業		身長		c m	体重 kg

※交通事故・労災（業務中のまたは通勤途中のケガ）の方は事前にお伝え下さい。



- 症状はいつからですか？
()
- どのような症状ですか？
()
- 思い当たる要因はありますか？
()
- 入院・手術をしたことがありますか？病名または部位を記入して下さい。
なし ・ ある (入院:) (手術:)
- 現在、治療中の病気はありますか？
なし ・ ある 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 不整脈 ・ 結核 ・ 高脂血症
脳出血 ・ 脳梗塞 ・ 肝炎 (_____ 型) ・ 胆石 ・ 悪性腫瘍
その他〔感染症も含む〕()
- 通院中の医療機関はありますか？ なし ・ ある (医療機名:)
- 現在、服用しているお薬はありますか？ なし ・ ある ※お薬手帳を持参されている方は受付に出して下さい。
(薬の名前:)
- 食物、お薬などでアレルギーはありますか？
なし ・ ある 食物 ()
お薬 ()
- ペースメーカーは入っていますか？ なし ・ ある
- インプラントは入っていますか？ なし ・ ある
- 心臓にステントは入っていますか？ なし ・ ある (あると答えた人いつですか？→)
- 体内に金属（ボルト・止め金・クリップ・プレートなど）は入っていますか？
なし ・ ある (あると答えた人どこに何が？→)
- 湿布でかぶれた事がありますか？ なし ・ ある (薬の名前:)

*** 女性の方のみ ***

- 現在、授乳中または妊娠、妊娠している可能性はありますか？ いいえ ・ はい
授乳中 ・ 妊娠中 (出産予定日: 月 日) ・ 妊娠の可能性あり

*** 40歳以上の方のみ ***

- 介護認定または介護支援を受けていますか？ いいえ
はい (要介護 _____) (要支援 _____)

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

登	問	会
録	診	計