

はじめて受診される患者様へ

年 月 日

ふりがな		年齢	性別	血液型	型	体温	℃
氏名			男・女	生年月日 (大・昭・平・令)			
				年	月	日生	
住所	〒 □□□ - □□□□			身長	cm		
				体重	kg		
携帯電話		()	-	電話	()	-	
ご家族の連絡先		()	-	続柄			
※緊急連絡する事がありますので、つながる番号を書いてください。							
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ 当院は診療情報を活用することにより、質の高い医療の提供に努めます。 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。							

- 本日はいかがされましたか。できるだけ詳しくお書き下さい。

- お薬、または食べ物でアレルギーはありますか？
ない ・ ある (薬品名、食品名)

- これまでに何か大きな病気にかかっていたら○をつけて下さい。
緑内障 ・ 前立腺肥大症 ・ 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症
狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ その他 ()

- 現在服用しているお薬 (市販薬、サプリメントを含む) はありますか？
ない ・ ある (薬品名、食品名)

- ご希望される検査はありますか？
MRI (頭部 ・ 頸部 ・ 腰部) ・ 動脈硬化検査 ・ 血液検査
胃カメラ検査 ・ 胃バリウム検査 ・ 大腸検査 ・ 物忘れテスト
腹部超音波検査 ・ 頸動脈超音波検査 ・ その他 ()

- (女性の方に) 現在妊娠中ですか？ はい ・ いいえ ・ わからない
現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

- 当医院に何かご要望がございましたらお書き下さい。

- 腰・肩・首の痛みや手足のしびれなどお悩みの方ご相談ください。
- 当医院は何でお知りになりましたか教えてください。
道路看板 ・ (朝倉・寺本) 駅の看板 ・ インターネット ・ タウンページ
お知り合いからのご紹介 (様から) その他 ()

当医院では、患者様に安心して医療を受けていただく為に安全な医療を提供するとともに患者様の個人情報の取り扱いにも万全の体制で取り組んでおります。

