

初めて受診される患者様、お久しぶりに受診される患者様へ

ふりがな			性別	男・女	記入日	年	月	日
氏名	様		生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日生			歳	
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
携帯番号	-			電話番号	-			
体温	℃	身長	cm		体重	kg		
ご職業	会社員・自営業・学生・主婦・パートまたはアルバイト・その他							
ご家族氏名						続柄		
ご家族の連絡先	-					同居	あり・なし	
1. 本日はいかがされましたか？								
2. その症状はいつ頃からですか？								
3. 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（おくすり手帳あり・おくすり手帳なし・マイナンバー確認希望・その他）								
4. 今までにかかったことのある病気を教えてください。								
特になし	➡ 当てはまるものがない場合、こちらに○をつけてください。							
緑内障	前立腺肥大	高血圧	脂質異常症	糖尿病				
脳梗塞	心筋梗塞	狭心症	不整脈					
その他（）								
5. 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）								
6. ご希望される検査はありますか？								
CT検査	MR I 検査	その他（）						
7. 女性の方のみお答えください								
現在、妊娠していますか？		はい	・	いいえ	・	わからない		
現在、授乳中ですか？		はい	・	いいえ				
最終月経を教えてください		月	日～	閉経	歳頃			
8. 当院に何かご要望がございましたらお書きください。								
9. 当院は何でお知りになられましたか教えてください。								
道路看板	駅の看板（朝倉・寺本）	インターネット	近いから	電話帳など				
お知り合いからのご紹介（様から）		その他（）						
※ 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ています。 正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。								

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。

加木屋脳神経内科クリニック