

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 性別 男 女 職業 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

※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おります。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します。

マイナ保険証による情報取得に同意いただけますか はい いいえ

①今日はどこが悪くていらっしゃいましたか？

耳・鼻・のど・くち・くび・めまい (○をつけてください)

いつからですか？ ( )

症状を具体的にお書きください

②今までにかかった病気や手術をお教えてください。

(例：3年前から高血圧、20歳虫垂炎)

③他の病院からもらっている薬はありますか？

無い 有る ※お薬手帳をお見せくだされば記入不要です

(薬の名前： )

④今までに服用して具合が悪くなった薬はありますか？

無い 有る→ ( )

⑤今までに歯科治療を受けて気分の悪くなったことがありますか？

無い 有る→ ( 年ころ 治療内容： )

⑥アレルギーのある食品はありますか？

無い 有る→ (乳製品 卵 アルコール その他： )

⑦当院を何でお知りになりましたか？

紹介されて ( \_\_\_\_\_ 様、 \_\_\_\_\_ 医院・病院) インターネットをみて  
看板を見て 電話帳を見て その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑧<女性の方へ>現在、妊娠あるいはその可能性、授乳されていますか

妊娠している→予定日 月 日 授乳している 妊娠、授乳ともになし