



お名前 () ご職業 ()

- ・ 紹介状をお持ちですか？ (あり ・ なし)
- ・ マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ (はい ・ いいえ)

① 受診される理由は何ですか？

- 風邪症状(咳 / のどの痛み / 鼻水) 血圧が高い 息切れがする
- お腹の痛み(吐き気 / 嘔吐 / 下痢) 胸の痛み(圧迫感 / 違和感)
- 睡眠時無呼吸 禁煙外来 特定健診(長寿健診) 予防接種
- その他()

② 症状がある場合、いつからですか？()

③ 現在、他の医療機関に通院されていますか？ (はい ・ いいえ)
医療機関名() 病名()

④ 今までにかかった病気はありますか？ (はい ・ いいえ)
喘息 高血圧 糖尿病 心臓疾患 緑内障
脳梗塞 脳出血 前立腺肥大 その他()

⑤ 現在、薬を服用していますか？ (はい ・ いいえ)
(薬名 :)

⑥ アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)
薬品() 食品() その他()
症状(蕁麻疹 気分不良 腫れ その他()

⑦ 今までに手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
()

⑧ 健診を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

⑨ 両親・兄弟姉妹・祖父母に下記の病歴の方はいますか？ (はい ・ いいえ)
高血圧 心臓疾患 脳卒中 がん
その他()

⑩ 女性の方にお伺いします。現在妊娠中または授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

⑪ 嗜好品についてお伺いします。 タバコ： 吸わない ・ 吸う (日 ・ 年 / 本)
お酒： 飲まない ・ 飲む (毎日・週・月 / 回)