

おなまえ\_\_\_\_\_様

当科では診察の円滑化をはかるため、初診の方全員に初診用紙への記載をお願いしております。大変ご面倒なことだと思いますが、ご協力をお願いします。

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

① 本日の受診の目的はどんなことでしょうか？（今一番心配なことはなんですか？）  
（ \_\_\_\_\_ ）

その症状はいつごろからですか？（ \_\_\_\_\_ ）

② 今までにかかったことのある病気ケガはありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 不整脈 高脂血症 肝炎 胃十二指腸潰瘍  
肺結核 痛風 ぜんそく その他（ \_\_\_\_\_ ）

③ 現在服用している薬があれば教えてください。

（ \_\_\_\_\_ ）

④ 入院手術をしたことがありますか？

年	月	病名	病院名
_____	_____	_____	_____
年	月	病名	病院名
_____	_____	_____	_____

⑤ タバコは吸いますか？

・いいえ 吸っていたことはありません

禁煙状況：（ \_\_\_\_\_ 年前 / \_\_\_\_\_ ヶ月前 / \_\_\_\_\_ 日前から禁煙）

・はい 喫煙状況：紙巻きタバコ（一日使用数： \_\_\_\_\_ 本 / \_\_\_\_\_ 年）

加熱式タバコなど（種類： \_\_\_\_\_ ）（一日使用数： \_\_\_\_\_ 本 / \_\_\_\_\_ 年）

電子タバコの使用有無（あり ・ なし）

★紙巻きタバコと他のタバコ類を併用している場合、すべてご記入をお願いします。

・同居者で喫煙している人はいますか？

いいえ はい（喫煙者の続柄： \_\_\_\_\_ ）

⑥ 薬のアレルギーはありますか？

いいえ はい（どんな薬 \_\_\_\_\_ ）

⑦ 現在、他の病院等入院中ですか？

いいえ はい（医療機関名 \_\_\_\_\_ ）

⑧ 6ヶ月以内に海外渡航していますか？

いいえ はい（ \_\_\_\_\_ ）

⑨ 現在妊娠していますか？または、妊娠している可能性がありますか？

いいえ はい（ \_\_\_\_\_ 週）

⑩ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ いいえ はい

⑪ 他の医療機関からの紹介状はありますか？

いいえ はい（医療機関名 \_\_\_\_\_ ）

⑫ この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診していますか？

いいえ はい（受診時期： \_\_\_\_\_ 指摘事項： \_\_\_\_\_ ）

⑬ その他、特に話しておきたいことがあれば書いて下さい。

（ \_\_\_\_\_ ）

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。