

お名前(カタカナ) \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 \_\_\_\_\_ 性 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

(1) 今回、受診することになった症状を具体的にお書きください(いつから、どのようなかを詳しく)。

\_\_\_\_\_ | 事務記入欄  
\_\_\_\_\_ | 来院時体温  
\_\_\_\_\_ | [ \_\_\_\_\_ ]

(2) 以下に当てはまる症状があれば選んでください。

のどの痛み  胸痛  発熱(\_\_\_\_度\_\_分)  咳  痰  鼻水  息切れ・呼吸困難  ゼイゼイする

(3) 現在治療中の病気があれば、いつ頃から、どこの医療機関で治療されているかお書きください。

・肺疾患(気管支炎、肺炎、喘息、結核、副鼻腔炎・蓄膿症、じん肺など)

・心臓病(心不全、不整脈、狭心症・心筋梗塞、弁膜症など)

・その他(高血圧、糖尿病、高脂血症、肝臓病、腎臓病、胃腸の病気、目の病気、癌・悪性腫瘍、手術など)

①病名 \_\_\_\_\_ 医療機関 \_\_\_\_\_ 薬(あり なし)

②病名 \_\_\_\_\_ 医療機関 \_\_\_\_\_ 薬(あり なし)

③病名 \_\_\_\_\_ 医療機関 \_\_\_\_\_ 薬(あり なし)

(4) これまでにかかったご病気ではもう治っている病気があればお書きください(何年前、何ヶ月前、何歳の時、など)。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(5) 今、使っているお薬は何かありますか?  ない  ある→(以下の質問にもお答えください)

当院で処方された薬がある

他院で処方された薬がある→お薬手帳か、薬の説明の用紙は持ってきましたか?  ある  ない

(6) 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか? またはアレルギー体質と言われたことはありますか?

ない  ある→(何のアレルギーか、その時の症状は? \_\_\_\_\_)

アレルギー体質と言われたことがある(→いつ頃、何をきっかけに? \_\_\_\_\_)

(7) 女性の方へ。現在、妊娠中または授乳中ですか?

どちらでもない  妊娠している  妊娠しているかもしれない  授乳中である

(8) タバコについてお答えください。タバコを吸ったことがない方もお答えください。

①紙巻きタバコ(普通のタバコ):

吸った事がない  以前吸ったがもう止めた(1日平均\_\_\_\_本で\_\_\_\_年、禁煙して\_\_\_\_年/\_\_\_\_ヶ月)

今も吸っている(1日平均\_\_\_\_本で\_\_\_\_年)

②加熱式タバコ(アイコス、グロー、プルームテックなど)

使った事がない  以前使ったがもう止めた(1日平均\_\_\_\_回で\_\_\_\_年、禁煙して\_\_\_\_年/\_\_\_\_ヶ月)

今も使っている(1日平均\_\_\_\_回で\_\_\_\_年)

③電子タバコ

使った事がない  以前使ったがもう止めた(1日平均\_\_\_\_回で\_\_\_\_年、禁煙して\_\_\_\_年/\_\_\_\_ヶ月)

今も使っている(1日平均\_\_\_\_回で\_\_\_\_年)

(注意)①・②・③のうち、複数の種類を併用している場合は、全て記入してください。

④受動喫煙について、同居される人で現在喫煙している人はいますか?

いない  いる→(続柄を書いてください) \_\_\_\_\_)

(9) 日常生活・ご家族の状況についてお答えください。

①お酒：飲まない たしなむ程度・付き合い程度に飲む 時々飲む 毎日飲む

何をどれくらいの量飲みますか？ \_\_\_\_\_

②ご職業(退職された方は以前の職業)： \_\_\_\_\_

以下に該当する職業に携わったことはありますか？ あれば従事した時期もお答え下さい。

ない ある→従事した時期はいつ頃ですか？ \_\_\_\_\_

建設・建築業 鉱山・炭鉱業 溶接・製鉄業 アスベスト・石綿を扱う 鉛・アルミニウム加工業

陶器製造 採石業・セメント・コンクリート加工業 その他のじん肺健診の対象となる業種

③最近1年以内に海外へ出掛けましたか？：いいえ はい→いつ、どちらへ？ \_\_\_\_\_

④ペットを飼っていますか？ いいえ はい→何を飼っていますか？ \_\_\_\_\_ 屋内 屋外

⑤現在、別の医療機関に入院中ですか？ いいえ はい→(医療機関名： \_\_\_\_\_)

⑥現在同居されているご家族はどなたですか？ \_\_\_\_\_

⑦ご親族(亡くなられた方を含む)で結核にかかったまたは疑われた方はいますか？

誰もいない いる(→どなたですか？ \_\_\_\_\_)

(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) 病名告知について。

当科では原則として患者さんご本人に病名告知を行っております。ご家族・ご親族の方が同伴される場合は、その方にも一緒に病名を告知しております。もし患者さん本人への病名告知を希望しない、またはご家族・ご親族の方への病名の共有をご希望されない場合は、スタッフに申し出て下さい。なお、病名告知を希望されない場合も、その後の検査や治療方針を検討する上でどうしても必要なら告知をさせていただく場合があります。ご了承下さい。

※病院から連絡を取らせていただく場合のどなたにするか、またその方の電話番号を記入してください。

本人 本人以外(どなたに？ \_\_\_\_\_) 電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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。

●丁寧に記入くださり、ありがとうございました。この用紙を受付に提出して下さい。診察までしばらくお待ち下さい。●

事務使用のため、これ以下には何も書かないで下さい。