

ご記入日
令和 年 月 日

フリガナ		生年 月日	大 昭 平 令 西暦	☐ 男性 ☐ 女性
お名前			年 月 日（ 歳）	
ご住所	〒	電話①	日中連絡をとれる番号：携帯 自宅 職場 — — (ご本人以外の場合の続柄：)	
		電話②	— —	

☐ 家族、学校、職場などに 新型コロナウイルス / インフルエンザ の陽性者がいる
☐ 新型コロナウイルス / インフルエンザ の検査キット等で陽性である（ 月 日に陽性）
☐ 新型コロナウイルス / インフルエンザ 陽性の診断で自宅療養中である（ 月 日に陽性）

ご自宅での体温		℃	
身長:	cm	体重:	kg
血圧:	/	mmHg	脈拍:
	/分		
いつから、 どのような症状が ありますか？			
	◆他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？(□はい/□いいえ)		
現在治療中の病気	病名: 通院先:		
過去に 治療を受けた 病気や手術	病名・手術: 時期:		
血のつながった ご家族の病気につ いて	☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 心筋梗塞 ☐ 脳卒中 ☐ がん() ☐ 結核 ☐ その他()		
アレルギー	☐ なし ☐ あり ⇒ ☐ 喘息 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 花粉症 ☐ 食物・薬() ☐ その他()		
喫煙	☐ なし ☐ あり: 1日あたり 本を 年間(歳～ 歳)		
飲酒	☐ なし ☐ あり: お酒の種類(), 一回量(), 週()日		
妊娠・授乳中の方	☐ 妊娠中()ヵ月 ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中		
健康診断	この1年間に健診(特定健診または高齢者検診に限る)を受けましたか? ☐ はい ☐ いいえ		
マイナ保険証	マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか? ☐ 同意する ☐ 同意しない		

お薬手帳	☐ あり ⇒ 診察室ですぐに出せるようご準備ください ☐ なし ⇒ のんでいるお薬がありましたら、ご記入ください（ ）
------	---

当クリニックは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者さんの診療情報を取得・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。正確な情報を取得するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。