

当院で初めて診察を受けられる患者様へ

ふりがな

お名前

(男・女)

(

歳)

職業

- 紹介状をお持ちですか？(**ない・ある**)

★マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか(**はい・いいえ**)

- 診察してもらいたい部位はどこですか？右図に○を付けて下さい。

- それはいつからですか？ _____

- 当てはまる項目を○で囲んで下さい。

かぶれ しっしん かゆみ じんま疹 アトピー性皮膚炎 とびひ

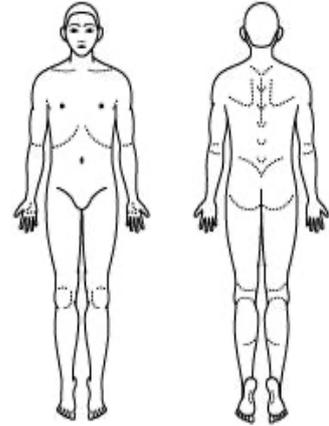
帯状疱疹 ヘルペス 乾癬 しもやけ 水虫 爪水虫 巻き爪

虫刺され ニキビ 水ぶくれ やけど きりきず すりきず イボ

魚の目 たこ 水いぼ ホクロ 皮膚がんの心配 シミ

おでき はれ むくみ しびれ しこり 痛み 発熱(度) 頭痛

円形脱毛症 胃痛 便秘 ピアス レザー脱毛 AGA その他(_____)



- 何か病気をお持ちですか？当てはまる項目を○で囲んで下さい。

ない・ある 糖尿病・がん・腎臓病・高血圧・高脂血症・痛風・心臓病・肝臓病・脳疾患 胃炎

腸炎・便秘・骨粗しょう症・甲状腺・前立腺疾患・緑内障・その他(_____)

病名が分かっていたらご記入下さい。

服用中の薬がありましたら、病院名も合わせてご記入下さい。

(薬手帳をお持ちの方は記入不要)

- 薬剤アレルギーはありますか？(**ない・ある** 薬品名 _____)

- 手術を受けたことがありますか？(**ない・ある** _____)

- 女性の方のみお答えください。

(妊娠していない・妊娠している 予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

(授乳していない・授乳している お子様 _____ ヶ月)

- 車・バイクの運転をしますか？(**しない・毎日する・ときどき・たまに**)

- 風邪薬や花粉症の薬で眠くなりますか？ (**ならない・なる**)

- 男性の方のみお答えください。前立腺肥大はありますか？(**ない ある**)

- 緑内障(眼圧が高い)はありますか？ (**ない・ある**)

- 健康診断を受けていますか？ (**いいえ・はい** 日時 _____ 年 _____ 月)

健康診断で異常はありましたか？(**ない・ある** _____)

- アレルギーはありますか？ ある方は該当する項目に○を付けて下さい。

花粉症 アトピー性皮膚炎 喘息 アレルギー性結膜炎 アレルギー性鼻炎

食物アレルギー・その他(_____) ● アレルゲンが分かっている方はご記入下さい。

★★ 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、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いいたします。

★ マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか(はい・いいえ)

★★ 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、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いいたします。