

お名前		ふりがな	
来院時体温	℃	体重	kg
		年齢	歳

① 本日の症状(来院目的)を簡単にお書きください。

症状は【 】頃から

!!重要!!

◎他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい ・ いいえ

◎今までに、薬によるアレルギーが出たことはありますか？ある方は薬品名と症状を記入してください。

はい → ()
 いいえ

◎緑内障の既往歴はありますか？ はい ・ いいえ

◎前立腺肥大症の既往歴はありますか？ はい ・ いいえ

◎(女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか？ はい(週) ・ いいえ

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

② 本日の症状は、海外渡航中または帰国後に出た症状ですか？

はい → (いつ頃:)
 いいえ (渡航先:)

③ 今までに、大きな病気や手術をした事がありますか？

はい → ()
 いいえ

④ 現在、他の医療機関で治療中の病気はありますか？

はい → (医療機関名:)
 いいえ (治療内容:)

⑤ マイナ保険証(マイナンバーカード)の健康保険証利用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保険証の利用にご協力をお願いいたします。

⑥ (⑤がiiiの方のみ)現在、他の医療機関で処方されている薬はありますか？

はい → (薬の名前:)
 いいえ

⑦ (⑤がiiiの方のみ)1年以内に特定健診を受診しましたか？

はい → (受診した時期: 年 月ごろ)
 いいえ (指摘事項があれば右にご記入ください:
 (例・・・高血圧、メタボ など)

⑧ 日常生活において、当てはまるところに○印を、()内は数字をお書きください。

*たばこについて ・吸わない ・吸っていた ・吸っている
 ↳ 1:1日に()本くらい 2:合計()年間くらい

*アルコールについて ・毎日 ・週5日程度 ・時々 ・ほとんど飲まない

★下記、変更ある場合はご記入ください。

住所 〒	TEL
------	-----

①5日間で37.0以上の発熱はありましたか？ → はい・いいえ

②最近、新型コロナウイルスやインフルエンザにかかりましたか？ → はい・いいえ

③(②で「はい」と答えた方のみ)療養期間はいつまででしたか？
月 日 ~ 月 日 まで

南大沢メディカルプラザ