

初診の方へ

記入日 令和 年 月 日

フリガナ

男・女

氏名

生年月日

大・昭・平

年

月

日

ご記入頂く方が別の方の場合・お名前

配偶者 子 親 他()

★診察をスムーズに行うために、以下のことについてあらかじめご記入いただいております。当てはまる□にチェックをお願いします。ご記入いただいた内容につきまして、診察の前に医療相談員が簡単にお話をうかがわせていただきます。

1 今回、ご相談されたい主な症状はどのようなものですか？(具体的にご記入ください)

2 いつ頃から始まりましたか？

年 月頃から (または 歳ころ)

3 思い当たるきっかけはありますか？

ない あり (内容)

4 現在、他の医療機関で治療をうけていますか？

いいえ はい → 医療機関名(病院・ クリニック)

5 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

いいえ はい → 医療機関名(病院・ クリニック)

6 現在服用されている薬はありますか？(市販の薬も含めて)

いいえ はい → お薬の名前()

7 今までにかかった主な病気やケガについてお書きください。

なし あり → 病名または内容()

8 ●睡眠・ 良い 普通 悪い ●食欲・ 良い 普通 悪い

●便秘・ ない 軽い ひどい ●下痢・ ない 軽い ひどい

9 この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したことがありますか？

なし あり

10 これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

なし あり → 原因となったもの、症状等()

11 現在、妊娠中又は授乳中ですか？(女性のみ)

なし あり → 妊娠週数 等()

12 当院をどこでお知りになりましたか？

他病院・クリニックの紹介 知人から ハローページ インターネット スクールセーフティマップ

看板(桑名駅・四日市駅・道路) その他()

13 そのほか診察にご希望があればお書きください。

ご記入が終わられましたら、受付にお渡しください。

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。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 マイナ保険証 初診時提示する2点 しない6点 再診時する0点 しない2点