

お名前			ふりがな		
来院時体温	°C	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了た症状ですか？

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 → ()

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がいいえの方のみ)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:

⑦ (⑤がいいえの方のみ)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