

予 診 票

記入日： 年 月 日

名前 _____ 年齢 _____ 才 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1) いつ頃から、どんな症状が出ているかを簡単に書いてください

2) これまでにかかった病気や受けた手術を教えてください

① _____ (_____ 才) ② _____ (_____ 才)

③ _____ (_____ 才) ④ _____ (_____ 才)

3) この 1 年間で健診を受診しましたか (受診した・受診していない)

4) 現在薬を飲んでいますか (お薬手帳お持ちの方はご提示ください)

どこの病院でもらいましたか _____

何の薬ですか _____

5) 薬や注射、食品で具合が悪くなったことがありますか (ある・ない)

何という薬品、食品でしたか _____

6) タバコとお酒について

タバコ (吸わない・吸う _____ 本／日) 喫煙歴 _____ 年

お酒 (飲まない・ほぼ毎日・月数回・年数回) 飲酒歴 _____ 年

7) 現在の状態について

食欲はありますか (ある・普通・ない)

体重はどうですか (不变・減少・増加)

夜はよく眠れますか (眠れる・眠れない)

生理は順調ですか (順調・不順・_____ 才頃なくなった)

8) 現在、妊娠中または授乳中ですか (妊娠 _____ 週 ・ 授乳中)

9) どんな仕事をしていますか _____

10) 両親や祖父母に血族結婚はありますか (ある・ない)

11) 画像検査を希望しますか (CT ・ MR ・ 希望しない ・ わからない)

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、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。