

ID: _____ 記入日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ふりがな	性別	生年	(明・大・昭・平・令)	年齢
お名前	男・女	月日	年 月 日	(歳)
住所	〒 _____			
携帯電話	_____		自宅電話	_____
メールアドレス	_____			

体温 _____ °C 身長 _____ cm 体重 _____ kg

★マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

はい いいえ

※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致します。

- ① 本日はどのような症状で受診されましたか？ (
 *健診で指摘された はい いいえ
- ② 症状はいつ頃からありますか？
- ③ どれくらいの頻度で症状がでますか？ 持続的 時々 一度だけ 無症状 その他(_____)
- ④ その症状はどのような時に悪くなりますか？ 季節 天候 時間帯 体勢 月経周期 その他 (_____)
- ⑤ すでに検査や治療は受けましたか？ いいえ
 はい ⇒ 他の医療機関(_____)を受診/市販薬(_____)を;
- ⑥ 治療中、もしくは今までかかった病気や受けた治療などがありますか？ ○をつけてください。
 がん(部位: _____) 心臓病・不整脈・高血圧 / 糖尿病 / 腎臓病 / 肝臓病
 胃十二指腸潰瘍, 脳梗塞・脳出血 リウマチ / 甲状腺疾患 喘息・蕁麻疹・花粉症・アトピー
 緑内障・白内障・その他眼科疾患(_____) 貧血 / 高脂血症 / 結核・肺炎 / 骨折
 その他 (_____)
 どの病院で治療をうけましたか？ (_____)
- ⑦ 現在、服用中のお薬はありますか？
 他院の薬 : ない ある ⇒ どの病院のお薬ですか？
 プリメント等 : ない ある ⇒ 名前
 市販の薬 : ない ある ⇒ 名前

★ 他院の薬がある方は内容の記入をお願いします。お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします。

- ⑨ ご家族に同様の症状の方はいらっしゃいますか？ いいえ はい → どなたですか？
- ⑩ 薬物・食べ物・ハウスダストなどのアレルギーはありますか？ ない
 ある ⇒ _____
- ⑪ タバコは？ 吸わない 吸う ⇒ 1日 _____ 本 _____ 歳から やめた ⇒ いつ頃:
- ⑫ アルコール 飲まない 飲む ⇒ _____ 日/週・付き合い程度・1日あたり:種類 _____ 本・
- ⑬ 造影剤を使用されたことはありますか？ いいえ はい ⑭ 輸血の経験は？ ない
- ⑮ 1か月以内に渡航しましたか？ いいえ
 はい ⇒ 国名 _____ / 期間 _____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ _____ 年 ____ 月
- ⑯ 女性の方へおたずねします。現在妊娠(可能性を含む)・授乳をされていますか？ いいえ はい
- * ジョイクリニックをどのようにお知りになりましたか？
 他院からの紹介 ホームページ 知人からの紹介 看板・広告を見て
 家・職場が近い その他 (_____)

