



ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (満 歳)
住所	〒( )		
電話番号		勤務先/学校	
携帯電話		職種	

身長 [ ] cm / 体重 [ ] kg

カルテ作成のため、以下の事柄についてお尋ねします。

■薬や食物のアレルギーはありますか？

ない わかる範囲でご記入ください 例) 小麦、花粉、薬剤名  
 ある → { }

■現在、治療中の病気やけがはありますか？

ない わかる範囲でご記入ください  
 ある → { 病院名： 診断名：  
治療内容：  
処方内容： }

■過去に、入院・手術をするような病気やけがをしましたか？

ない わかる範囲で該当箇所をご記入ください  
 ある → { 病院名：  
傷病名：  
 入院 入院時期(期間)：  
 手術 内容： }

■この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

ない  ある → 健診日： 健診結果内容：

■他の医療機関からの紹介状を持参しましたか？  いいえ  はい

■タバコを吸いますか？  いいえ  はい ( 1日 本 × 年 )

■お酒を飲みますか？  いいえ  はい ( 一日当たりの酒量： )

■(女性の方のみ)現在、妊娠の可能性はありますか？ (ない・ある・不明(妊娠 週・予定日 ) )

■(女性の方のみ)現在、授乳中ですか？ (いいえ ・ はい )

■その他に何か御希望があればお書き添えください。(例：血液検査・X線検査・健康診断など)

{ }

本日の症状について以下の事柄をお尋ねします

■今日どのような症状でお困りですか？

体温 [ ] °C

発熱  頭痛  鼻水  せき  たん  のどの痛み  腹痛  下痢  便秘

胸痛  胃痛  吐気  嘔吐  食欲不振  排尿痛  湿疹  節々の痛み

(右・左)肩の痛み  腰痛  (右・左)膝の痛み  ケガ { どこを・何をしていた怪我されましたか？ }

首の痛み  (右・左)乳腺の(痛み・しこり・( ))  その他 { }

■それはいつ頃からですか？ { }

■本日の症状に対して何かお薬を飲みましたか？ いいえ ・ はい (お薬名： )

■マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ いいえ ・ はい

※ 具合の悪い方はスタッフに御相談ください。診察の順序が変わることがありますので御了承ください。

※ 当院では個人情報患者さんへの医療サービス提供等を目的として利用させていただいております。

なお、患者さんに安心して医療を受けていただくために、個人情報の取り扱いには万全の体制で取り組んでおります。

※ 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します。

\*クリニック記入\*

10/10/10接種：未・済  
10/10/10接種：未・済

食事：可・不可

水分：可・不可

採尿済