

BT:

℃



はじめて来院された方へ

ID:

【下記の項目について記入もしくは ☒ をお願いします。】

年

月

日

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	大 昭 平 年 月 日 () 歳
ご住所	〒		
ご自宅 電話番号	()	携帯電話	()
緊急連絡先	()	続柄 ()	希望連絡先 ☐ 自宅 ☐ 携帯電話

1. マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？

☐ はい ☐ いいえ

2. 今日どのような症状で来院されましたか？

☐ 熱がある☐ お腹が痛い☐ 咳が出る☐ 胸が痛い☐ 動悸がする☐ 息が苦しい☐ 無呼吸やいびき☐ その他 ()

3. その症状はいつからですか？

()

4. 現在治療されている病気、定期的に医師の診察・投薬を受けている病気はありますか？

☐ ない☐ ある ()

5. 現在服用されているお薬はありますか？

☐ ない☐ ある ()

6. 薬・食物等のアレルギーはありますか？

☐ ない☐ ある ()

7. 今まで大きな病気、入院治療を要した病気、手術をされたことはありますか？

☐ ない☐ ある ()8. この1年以内に市区町村の健康診断（高齢者健診）を受けましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

9. アルコールは飲みますか？

☐ 飲む (毎日 ・ 週

日)

☐ ほとんど飲まない☐ まったく飲めない

10. 喫煙していますか？

☐ いいえ☐ はい 1日 () 本を () 年間☐ 禁煙後 年前に中止、それまで1日 () 本を () 年間

11. 【女性の方にお尋ねします】現在妊娠中ですか？

☐ いいえ☐ はい☐ 分からない☐ 授乳中である

12. 当院をお知りになったきっかけを教えてください(複数選択可)

☐ 医療機関の紹介☐ 家族・知人の紹介☐ チラシ・パンフレット☐ ビル看板や外観を見て☐ 地図アプリ☐ インターネット検索☐ Facebook☐ 新聞・雑誌で見て☐ テレビで観て ☐ クリニック窓の心不全に関するポスターをみて ☐ その他 ()

13. 保険情報を正確に把握するため、保険証のコピーをとらせていただいてもよろしいですか？

☐ はい☐ いいえ

当院はマイナ保険証の利用や問診票を通じて取得した情報を活用することにより、より質の高い医療提供に努めてまいります。正確な情報を取得・活用できるよう、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

14. 別紙『研究利用・個人情報の管理について』をお読みいただき、方針にご同意いただけますか？

☐ はい

(

年

月

日

署名:

)

☐ いいえ