

ふりがな 氏名		男・女	M・T・S・H・R	年	月	日
------------	--	-----	-----------	---	---	---

①受診理由をおしえてください

【どうされましたか？】

【その症状はいつからですか？】

②次の疾患で治療を受けたことはありますか？

心臓病 肝臓病 腎臓病
 高血圧 糖尿病 喘息 アレルギー
 その他()

③今まで入院や手術をしたことはありますか？

【いつ頃】

【病名】

④現在、内服中の薬はありますか？

【薬品名】※お薬手帳をお持ちでしたらご提出ください

⑤薬品や食物でアレルギーはありますか？

【薬品】

【食物】

⑥ご自身について教えてください

【血縁者の病歴】

続柄: /病名:

続柄: /病名:

続柄: /病名:

続柄: /病名:

【過去の最大体重】

・ 歳頃/ kg

【飲酒について】

・頻度:

・何を: /どれくらい:

【喫煙歴】

・1日 本/ 年間

・禁煙: 歳頃

【現在の職業】

【生活について】

・独身・既婚 / 人暮らし

・1日 食

・主に調理をする人:

・よく飲む飲料水:

【運動について】

・運動習慣はありますか？ (はい・いいえ)

・運動内容:

《女性のみ》

【現在妊娠中もしくは授乳中ですか？】

(はい・いいえ)

【現在、妊娠の可能性はありますか？】

(はい・いいえ)

● 枠内は必ずご回答ください ●

○ 現在これらの症状はありますか？あてはまるものに○をしてください

咳/たん 筋肉痛 関節痛 倦怠感 のどの痛み 鼻水 呼吸困難 味覚障害 嗅覚障害 なし

○ コロナウイルス感染症と診断された事がありますか (はい・いいえ)

(“はい”と回答された方) いつ頃ですか (/ 療養期間: ~)

○ コロナやインフルに感染している方と接触はありましたか (はい・いいえ)

(“はい”と回答された方) いつ頃ですか ()

○ 本日の体温を教えてください (℃)

○ マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)をお持ちですか (はい・いいえ)

(“はい”と回答された方) 本日、診療情報取得に同意されましたか (はい・いいえ)