

|      |  |   |      |          |     |
|------|--|---|------|----------|-----|
| ふりがな |  | 男 | 生年月日 | 昭和・平成・令和 |     |
| 氏名   |  | 女 |      | 年 月 日    | 歳   |
| 住所   |  |   |      | 電話番号     | — — |
|      |  |   |      | 身長       | cm  |

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

痛み しびれ はれ 動きが悪い その他

2. 何かきっかけとなることはありますか？

特にない 交通事故 けが 仕事 スポーツ

その他 ( )

3. 具合の悪いところに○しるしをつけてください →

4. それはいつからですか？

( 年 月 日から)

5. これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に

○をつけてください。 通院先 ( )

高血圧 糖尿病 ぜんそく 胃潰瘍 脳梗塞/脳出血 緑内障

心臓病 腎臓病 肝臓病 がん/腫瘍 甲状腺疾患 うつ/不安神経症

リウマチ 痛風 骨粗しょう症 ペースメーカー装着 透析中 その他 ( )

6. 今までに入院や手術をするような大きな病気にかかったことがありますか？

(いいえ はい) → ( )

7. これまでにアレルギーを発症したことがありますか？

(いいえ はい) → (薬 食べ物 金属 その他 )

8. 当院では、健康長寿のために骨粗しょう症を原因とする骨折・寝たきり予防のため、

**65歳以上の女性、70歳以上の男性の方**には骨密度検査を受けることを勧めています。

検査には保険が適用されます。 ※検査を (希望する 希望しない 説明を受けたい)

9. 現在、妊娠していますか？ (いいえ 妊娠中 週目) 現在授乳 (している していない)

10. 他の医療機関からの紹介状や検査データ、CDが (ある ない) ある方は受付に提出を

11. 定期的にスポーツをしていますか？ (していない している) → (種目 )

12. 本日は右記のどちらを持参されましたか？ (健康保険証 マイナンバーカード保険証)

マイナンバーカードで受診の方 → あなたの服薬歴や健診歴を当院が取得することに同意 (する しない)

\*\*\*同意された方は以下の記入は不要です。\*\*\*

13. 現在、他の医療機関から処方された薬を服用していますか？ (いいえ はい)

「はい」の方 お薬手帳をご提示ください。ない場合 (薬名 )

14. 直近1年間に特定健診・後期高齢健診を受けられましたか？ (受けてない 受けた)

ご記入ありがとうございました。頂いた情報は診療に必要な範囲でのみ使用し、当該目的以外には使用いたしません。