

患者氏名:		生年月日:		性別:		身長:		cm	体重:		kg
住所:						連絡先:					
他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ □はい □いいえ											
どこが悪くて来院されましたか？ それはいつからですか？ 年 月 日頃から											
これまでに、以下の病気になったことがありますか？ある場合は何才頃ですか？ ☐ 肝臓病 才頃 ☐ 心臓病 才頃 ☐ 腎臓病 才頃 ☐ 結核 才頃 ☐ 喘息 才頃 ☐ 高血圧 才頃 ☐ 糖尿病 才頃 ☐ 前立腺肥大 才頃 ☐ 緑内障 才頃											

☐ 認知症

才頃

☐ その他 ()

海外渡航歴についてお尋ねします。	
過去3ヶ月以内に海外へ行かれたか？	☐ なし ☐ あり
渡航先:	渡航期間: 年 月 日 ~ 年 月 日
過去3ヶ月以内に海外で入院したことはありますか？	☐ なし ☐ あり
海外で入院した国:	入院理由:
女性の方にお尋ねします。	
最後に生理があったのは ()才の時 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
生理はいつも	☐ 規則的で ()日ごと ☐ 不規則で ()日~()日ごと
妊娠の可能性は	☐ 可能性がある ☐ 可能性がない ☐ わからない
検査の結果あなたが、がんなどの難病であった場合の告知について、あなたの考えをお尋ねします。	
病名を	☐ 教えて欲しい ☐ 教えて欲しくない ☐ わからない
ご家族へは	☐ 教えて欲しい ☐ 教えて欲しくない ☐ わからない
現在生活されている場所についてお尋ねします。	
☐ 自宅 ☐ 施設 ☐ 医療機関 (施設名:)	
ご家族状況についてお尋ねします。	
同居のご家族はありますか？ ☐ あり (☐ 同居者はあるが日中は独居) ☐ なし	
「あり」と答えた方にお尋ねします。どなたと同居されていますか？	
☐ 配偶者 ☐ 子ども ☐ 親 ☐ 兄弟 ☐ その他 ()	
治療のことで相談できる方はありますか？ ☐ あり ☐ なし	
「あり」と答えた方にお尋ねします。その方はどなたですか？	
氏名:	関係: ☐ 同居 ☐ 別居
連絡先: .	
介護が必要な時、必要となった時に介護できる方はありますか？ ☐ あり ☐ なし	
「あり」と答えた方にお尋ねします。その方はどなたですか？	
氏名:	関係: ☐ 同居 ☐ 別居
連絡先: .	
緊急連絡先についてお尋ねします。	
氏名:	関係: ☐ 同居 ☐ 別居
連絡先: .	
障害者手帳を持っていますか？	
☐ 身体障害者手帳 (障害名: 等級: 級)	
☐ 精神障害者手帳 (等級: 級)	☐ 療育・愛護手帳 (等級: 級)
介護保険等サービスの利用についてお尋ねします。	
在宅サービスの利用をされていますか？ ☐ はい ☐ いいえ	
介護保険の認定を受けていますか？ ☐ はい ☐ いいえ	
「はい」と答えた方に認定の区分をお尋ねします。	
☐ 要支援1 ☐ 要介護1 ☐ 要介護3 ☐ 要介護5 ☐ 更新申請中	
☐ 要支援2 ☐ 要介護2 ☐ 要介護4 ☐ 申請中 ☐ 区分変更申請中	
居宅介護支援事業所・相談支援事業所の利用をされていれば事業所・担当者について教えてください。	
事業所名:	担当者:
マイナ保険証による診療情報の取得についてお尋ねします。	
マイナ保険証による診療情報の取得に (☐ 同意している ☐ 同意していない)	
ご同意の場合は以下記入不要です。	
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。 (☐ 受診した ☐ 受診していない)	
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致します。	