

ふりがな	生年月日(大・昭・平・令)	年	月	日
氏名	年齢	歳	性別	男・女
住所 (〒 )	マンションなど建物名もお願いいたします			
電話番号	全てお書きください 健康上の理由により緊急連絡番号(本人以外)は必ず必要となります			
☆携帯電話 ( )	☆自宅 ( )			
※ 緊急連絡番号 ( )	→ 続柄 (配偶者・親・子・親類・同居者・その他: )			

今現在の 身長 ( \_\_\_\_\_cm ) 体重 ( \_\_\_\_\_kg) この数か月で(太ってきた・痩せてきた・変わらない)

ご職業( \_\_\_\_\_ ・ 現在は無職 ) 仕事で体を使いますか? → デスクワーク・まあまあ使う・かなり使う

1. 紹介状はありますか?( ない・ある → 豊田厚生・トヨタ記念・その他病院名 → )

2. 本日はどうなさいましたか? ※あてはまるものに○をつけ、下に受診理由を具体的に詳しくお書きください

健診異常・糖尿病・甲状腺・高血圧・脂質・尿酸(痛風)・花粉症・体調不良・その他( \_\_\_\_\_ )

困っていること、受診理由を詳しく書いてください→( \_\_\_\_\_ )

現在通院している病院から変わりたい( はい・いいえ・考え中・通院しているところはない )

3. その症状・病気はいつからですか? ( \_\_\_\_\_ )( 時間・日・月・年 )前から

4. 普段から飲んでいる薬はありますか?( ない・ある→薬品名: \_\_\_\_\_ )

5. 今までに病気、手術、外傷などはありますか? ぜんそく・高血圧・糖尿病・高脂血症・脳梗塞・肝炎・  
心臓病・腎臓病・緑内障・前立腺肥大・結核・癌(場所: \_\_\_\_\_ )・その他( \_\_\_\_\_ )

6. アレルギー・特異体質と言われたことがありますか?( ない・ある → 花粉症・その他 \_\_\_\_\_ )

7. 飲み薬、注射薬で具合が悪くなったことはありますか?( ない・ある→薬品名: \_\_\_\_\_ )

8. 血縁者に次の病気がありますか? 糖尿病・甲状腺・高血圧・高脂血症・肝炎・癌・肥満・その他( \_\_\_\_\_ )

9. たばこ:吸わない・吸う(1日に 本、約 年間)昔吸っていた( 年前に禁煙→それまで 本/日吸ってた)

アルコール:飲まない・飲む(種類: \_\_\_\_\_ 、量:1日 \_\_\_\_\_ ml)( 毎日・週に1~3回・月に1~3回 )

10. 女性の方にうかがいます。前回の生理(最終月経)はいつでしたか?( 月 日頃・すでに閉経 )

現在生理中ですか?( いいえ・はい ) 現在妊娠していますか?( いいえ・はい・可能性は0ではない )

11. 当院はどこでお知りになりましたか?

知人・インターネット(ホームページやSNS)で探した・会社の産業医から・その他( \_\_\_\_\_ )

12. あなたが当クリニックで望むことは何ですか? あなたにとって重要なことを3つほど選んでください

①しっかりした説明 ②丁寧な診察 ③待ち時間が短い ④先生との相性 ⑤スタッフが優しい

⑥しっかり検査を受けたい ⑦その他( \_\_\_\_\_ )

13. マイナ保険証を利用する場合の診療情報取得について  同意する

14. その他 ご質問、ご相談、伝えておきたいことを詳しくお書きください

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いたします。