

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| 現在治療中の病気がありますか？ | | (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 脂質異常 | <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 (脳梗塞 ・ くも膜下出血など) |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 (最近のHbA1c: _____) | <input type="checkbox"/> インスリン注射など | <input type="checkbox"/> 甲状腺 |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 (狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 心臓カテーテル ・ ペースメーカーなど) | | |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | | |
| かかりつけの病院はどこですか？ | | どこの病院で薬をもらっていますか？ |
| 病院名 | ① (_____) | |
| | ② (_____) | |
| | ③ (_____) | |
| 今まで入院・手術をされたことはありますか？ | | (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) |
| ① | 年 月 (_____ 歳)頃 | 病名 (_____) 病院名 (_____) |
| ② | 年 月 (_____ 歳)頃 | 病名 (_____) 病院名 (_____) |
| アレルギーはありますか？ | | (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) |
| 薬 (_____) | 食べ物 (_____) | |
| 金属 (_____) | その他 (_____) | |
| ※食べ物好き嫌いではなく、食すと体調を崩してしまうなどの変化がみられるものです。 | | |
| 女性の方へ。 現在妊娠している可能性がありますか？ | | |
| (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) | | |
| 嗜好についてお尋ねします。 | | |
| ・ 飲酒：主に飲むお酒の種類は？ (_____) | 量： _____ | 本 ・ 合 ・ ml/日 |
| ・ 喫煙： _____ | 本/日 | 喫煙歴： _____ 年くらい |
| この1年間で特定健診を実施しましたか？ (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) | | |
| 実施時期 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) | 指摘事項等 (_____) | |
| 医師に聞きたいことや伝えたいことがあったら記入して下さい。 | | |
| | | |

当院がマイナ保険証により、あなたの健康保険情報・診療情報（受診歴・健診歴・服薬情報等）を取得することに同意しますか？

同意する

同意しない

ご記入ありがとうございました。

参考までにお聞きします。 本日当院を選ばれた理由を教えてください。

- ① 家族・知人に勧められて (_____ 様) ④ 近いから
 ② ポームページを見て、検索してなど ⑤ 評判が良いから
 ③ 以前から知っていた ⑥ その他 (_____)