



年 月 日

## 外科外来受診の方へ

(※ご記入後、受付の前でお待ち下さい)

フリ ガナ

氏 名 \_\_\_\_\_ 診察券番号 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ □男/□女 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 /身長 \_\_\_\_\_ cm /体重 \_\_\_\_\_ kg

■具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこがどのように悪いですか？

■いつからですか？

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを( )にご記入下さい。

- 喘息 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)     高血圧 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  
 糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)     心臓病 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)  
 その他 (病名: \_\_\_\_\_ )

■ 今までに手術や輸血の経験はありますか？

なし     あり    病名: \_\_\_\_\_  
 いつ頃: \_\_\_\_\_

■ 現在飲んでいる薬はありますか？

なし     あり    薬品名: \_\_\_\_\_

■ アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入してください。

- 薬品     なし     あり ( \_\_\_\_\_ )  
 食べ物     なし     あり ( \_\_\_\_\_ )  
 その他     なし     あり ( \_\_\_\_\_ )

 ■ たばこ     吸わない     吸う     過去に吸っていた

(1日 \_\_\_\_\_ 本、約 \_\_\_\_\_ 年間)

 アルコール     飲まない     飲む (種類: \_\_\_\_\_、1回 \_\_\_\_\_ 杯、 毎日     時々     月 2~3 回)

■ 女性の方へ

 妊娠している可能性は？     ない     ある

 最終月経は？ ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)     閉経してる

 ■ 他医院からの紹介状はありますか？     なし     あり

 ■ マイナ保険証の方    病院の診療情報取得に同意されますか？     同意する     同意しない

 ■ 過去 1 年間に特定健診か高齢者検診は受診しましたか？     した     していない     不明

※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します。