



年 月 日

## 心臓血管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。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 喘息 (      歳頃)   | <input type="checkbox"/> 高血圧 (      歳頃) |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 (      歳頃)  | <input type="checkbox"/> 心臓病 (      歳頃) |
| <input type="checkbox"/> 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  | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (      ) |
| 食べ物 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (      ) |
| その他 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 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。