

ふりがな	
お名前	_____ 男・女
ご住所	(〒 _____)
生年月日	1.大正 2.昭和 3.平成 4.令和 _____年____月____日生
電話番号	自宅(_____) 携帯(_____)
	緊急連絡先(_____) 上記以外に連絡先があればご記入をお願いします。

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ (はい ・ いいえ)

*はいの方 → 同意いただいたものの口に「レ」をいれてください

薬剤情報 特定健診情報

2. 他医療機関からの紹介状はありますか？ (はい ・ いいえ)

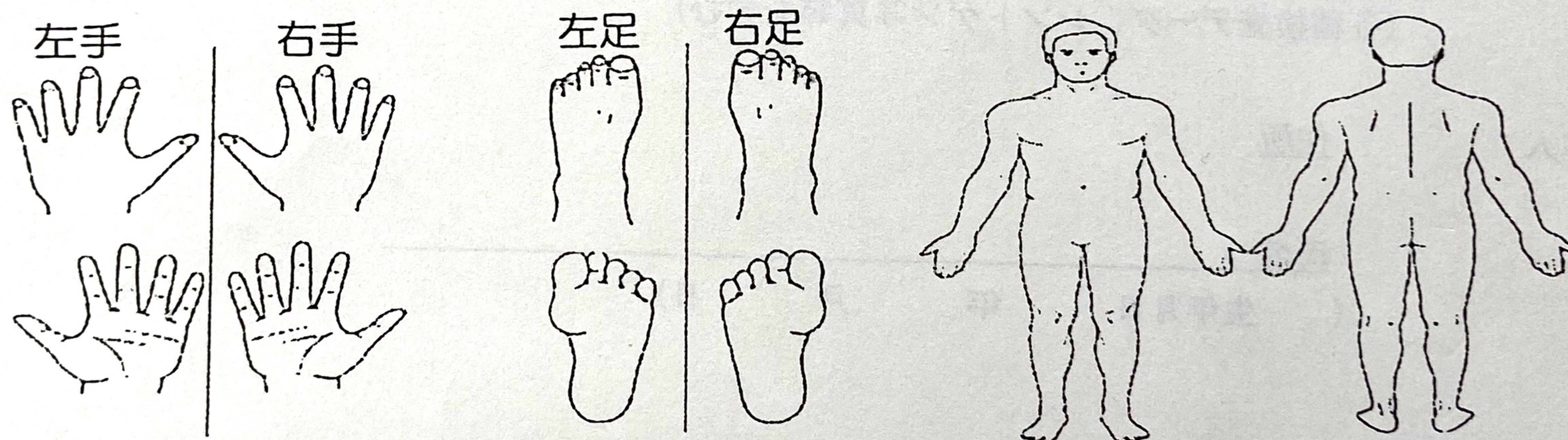
3. 本日は、いつから・どのような症状がありますか？ ※詳しくご記入ください

[_____]

※口に「レ」をいれ、下の絵の、症状がある部分を○で囲んでください

※刺青/タトゥー/大きいアザのある場合、電気治療によりやけどの恐れがあるため施術をお断りすることもあります。あらかじめご了承ください。

痛い しびれ 腫れ けが その他(_____) 刺青/タトゥー/大きいアザ



4. 現在、治療中の病気はありますか？ はい いいえ

高血圧 心疾患(不整脈・狭心症・心筋梗塞等) 脳疾患(脳梗塞等) C型・B型肝炎

糖尿病(HbA1c= _____) 痛風・高尿酸血症 その他(_____)

病院名(_____) ※血液検査の結果があれば受付へお預け下さい。

5. 現在服用中の薬があればお書きください。薬手帳をお持ちの方はご提出をお願いします (_____)

6. これまで入院や手術をしたことがありますか？ はい いいえ

病名：(_____ , _____ 歳頃) 病名：(_____ , _____ 歳頃)

7. アレルギーはありますか？ はい いいえ

薬(_____)・食品(_____)・その他(_____)

8. (女性の方) 妊娠の可能性はありますか？

はい わかりません 妊娠の可能性はありません 授乳中

9. (40歳以上の方) 介護保険は申請されていますか？

はい いいえ わかりません (支援1・支援2 介護1・介護2・介護3・介護4・介護5)