

ふりがな	生年月日 (<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和)
氏名: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)
〒 (-) 住所:	
自宅電話番号:	携帯電話番号:
メールアドレス:	@
職種:	会社・学校名:
	体温 度

緊急連絡先(本人以外)氏名:	関係:	携帯電話番号:
----------------	-----	---------

* お子さんのみお答えください。
服用可能なお薬の形状 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> シロップ 体重 kg
* 女性の方のみお答えください。
最終月経: 月 日 ~ 月 日 閉経 () 年前
<input type="checkbox"/> 妊娠中: ヶ月 (出産予定日: 病院名:)
<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 授乳中(お子さんの年齢: 歳 ヶ月)
* 65歳以上の方のみお答えください。肺炎球菌ワクチンを接種したことがありますか?
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(接種日: 接種病院名:)
* マイナ保険証を提示された方のみお答えください。マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか?
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

1	どのような症状で来院されましたか? 紹介状をお持ちの方はご提出ください。 いつ頃から 症状
	下記希望があればご記入ください。 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> エピペン処方

2	<p>現在治療中の病気、服用中の薬、今までかかった病気、手術歴はありますか？ お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>() 歳 病名・手術： _____ 病院名： _____ 薬名： _____</p> <p>() 歳 病名・手術： _____ 病院名： _____ 薬名： _____</p>
3	<p>タバコについてお答えください。</p> <p><input type="checkbox"/>喫煙した事がない</p> <p><input type="checkbox"/>以前に喫煙していた →</p> <p><input type="checkbox"/>現在喫煙している →</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: 200px;"> <p>() 歳 ~ () 歳</p> <p>今までで一番多い時で1日 () 本くらい</p> </div>
4	<p>ペットについてお答えください。</p> <p><input type="checkbox"/>飼っている <input type="checkbox"/>飼っていない</p> <p>() 匹 種類： _____ 品種： _____ <input type="checkbox"/>屋内 <input type="checkbox"/>屋外 () 年前～</p> <p>() 匹 種類： _____ 品種： _____ <input type="checkbox"/>屋内 <input type="checkbox"/>屋外 () 年前～</p>
5	<p>アレルギーの診断を受けたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 診断された年齢、病院名、アレルギーの種類を下記にご記入ください</p> <p><input type="checkbox"/>喘息 ()</p> <p><input type="checkbox"/>アレルギー性鼻炎 ()</p> <p><input type="checkbox"/>花粉症 ()</p> <p><input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 ()</p> <p><input type="checkbox"/>蕁麻疹 ()</p> <p><input type="checkbox"/>アレルギー性結膜炎 ()</p> <p><input type="checkbox"/>金属アレルギー ()</p> <p><input type="checkbox"/>薬剤アレルギー ()</p> <p><input type="checkbox"/>食物アレルギー ()</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>
6	<p>血縁者の方で、喘息と診断されている方はいますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>祖父 <input type="checkbox"/>祖母 <input type="checkbox"/>子ども <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
7	<p>この1年間で健康診断（特定健診または高齢者健診）を受けましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>(時期： _____ 指摘事項： _____)</p>
8	<p>当院をどちらで知りましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>他院からの紹介（病院名： _____） <input type="checkbox"/>家族から <input type="checkbox"/>知り合いから <input type="checkbox"/>職場</p> <p><input type="checkbox"/>電話帳 <input type="checkbox"/>ホームページ <input type="checkbox"/>十勝毎日新聞 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>

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。