

# ますだ内科クリニック・初診時間診票

カルテNo. \_\_\_\_\_

フリガナ  
氏名

生年月日（西暦）

年 月 日

住所〒

電話（携帯）連絡先

緊急連絡先

（続柄： \_\_\_\_\_）

マイナ保険証による診療情報取得について

同意する・同意しない

- ◆ 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。

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

（初診）従来の保険証を利用する場合：6点 マイナ保険証を利用する場合：2点

（再診）従来の保険証を利用する場合：2点 マイナ保険証を利用する場合：加算対象外

【1】今日はどうなさいましたか（下記のあてはまるところに○をつけてください）

- <かぜ症状> ・熱がある ・喉が痛い ・鼻水 ・咳 ・痰 ・寒気がする
- <胸> ・息苦しい ・息が切れる ・ぜいぜいする ・胸痛 ・動悸 ・胸の圧迫感
- <お腹> ・腹痛 ・便秘 ・下痢 ・吐き気 ・胸やけ
- <全身> ・身体がだるい ・手足がむくむ ・手足のしびれ ・身体がかゆい ・頭痛 ・めまい
- <その他> ( \_\_\_\_\_ )

【2】症状はいつからですか（ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時ころから）

【3】今までにかかった、病気や手術はありますか（あり ・ なし）

- ・高血圧 ・脂質異常 ・糖尿病 ・喘息 ・じんましん ・アレルギー ・てんかん ・肝臓病 ・腎臓病
- ・不整脈 ・狭心症/心筋梗塞 ・脳卒中 ・緑内障 ・前立腺肥大
- ・その他( \_\_\_\_\_ ) ・受けた手術( \_\_\_\_\_ )

【4】現在、他の医療機関に通院していますか（はい ・ いいえ）

はい→(医療機関名: \_\_\_\_\_ 受診日: \_\_\_\_\_ 治療内容: \_\_\_\_\_)

現在処方されている薬はありますか（はい ・ いいえ）

※お薬手帳などをお持ちの方はお見せください

【5】この1年間で健診を受けましたか（はい ・ いいえ）

はい→(受診時期: \_\_\_\_\_ 指摘事項あれば内容: \_\_\_\_\_)

【6】両親や兄弟（姉妹）などで、下記の病気や大きな病気にかかった方はいらっしゃいますか

- ・高血圧 ・脂質異常 ・糖尿病 ・喘息 ・アレルギー ・肝臓病 ・腎臓病 ・心筋梗塞 ・脳卒中
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

【7】簡単な生活歴を教えてください

- ・結婚歴: ( 未婚 ・ 既婚 ・ 死別 ・ その他 ) ・同居の方 ( あり ・ なし )
- ・職歴等: 在職中 ( 職業 \_\_\_\_\_ ) ・無職 ・学生 ・その他

【8】身長と体重を教えてください ( \_\_\_\_\_ ) cm ( \_\_\_\_\_ ) kg

【9】たばこは吸いますか

- ・吸わない ・吸う ( 1日 \_\_\_\_\_ 本位 \_\_\_\_\_ 歳から )
- ・過去に吸っていた ( 1日 \_\_\_\_\_ 本位 \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで )

【10】お酒は飲みますか ・飲まない ・飲む (1回に \_\_\_\_\_ を、 \_\_\_\_\_ mL位) (1週間に \_\_\_\_\_ 回位)

【11】その他

▶今までに薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか（はい ・ いいえ）

→ はいの場合 (薬の名前: \_\_\_\_\_ 食べ物: \_\_\_\_\_)

▶新型コロナワクチンを接種しましたか（はい: \_\_\_\_\_ 回 ・ いいえ）

▶新型コロナ感染症にかかったことはありますか (はい: いつ \_\_\_\_\_ ・ いいえ)

▶(女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？（はい ・ いいえ）