

## はじめて総合診療科の診察を受けられる方へ

～あなたの症状を理解するために、分かる範囲で次の質問にお答えください。～

患者番号			
フリガナ			
患者氏名	基本 情報	身長	cm
生年月日		体重	Kg
		出生地	
		利き腕	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年   月   日		

オンライン資格確認等システム（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       オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）を利用していない

\* 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、オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）の利用にご協力をお願いします。

1 現在の症状をご記入ください。（いつ頃から、どのような症状ですか？）

---



---



---

2 ご家族やご親戚に同じような症状や神経疾患の方はいますか？

いない     いる    (その方との関係は？ : \_\_\_\_\_ )  
 (どのような病気とされていますか？ : \_\_\_\_\_ )

3 今までにかかった主な病気とその経過についてご記入ください。

特にない     ある : \_\_\_\_\_ 歳    病名 : \_\_\_\_\_ (  治癒    ・  治療中    ・  中断 )

4 現在、常に服用している薬がありますか？

ない     ある : \_\_\_\_\_

5 手術を受けたことがありますか？

ない     ある : \_\_\_\_\_ 歳    病名 : \_\_\_\_\_

6 輸血を受けたことがありますか？

ない     ある : \_\_\_\_\_ 歳    病名 : \_\_\_\_\_

7 薬や食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか？

ない     ある : (どんな薬や食べ物でしたか？ \_\_\_\_\_ )

8 喫煙はしますか？

しない     する : ( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 年間、一日 \_\_\_\_\_ 本程度)

9 飲酒はしますか？

しない     する : ( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 年間、  
 一日 日本酒 \_\_\_\_\_ 合、焼酎 \_\_\_\_\_ 合、ウイスキー水割り \_\_\_\_\_ 杯、ビール \_\_\_\_\_ 本程度)

※裏面もありますのでご注意ください。

10 MRI検査等のため、次の事項についてお答えください。

(1) 感染症(肝炎・梅毒など)と言われたことがありますか？

ない  ある

(2) 体の中に骨折手術時のプレートなどの金属(義歯は除く。)は入っていますか？

ない  ある

(3) (2)で「ある」と答えた方にお聞きます。

\* 心臓ペースメーカーが入っていますか？

ない  ある

\* クリップ(脳動脈瘤)、ステント(心筋梗塞)が入っていますか？

ない  ある ( \_\_\_\_\_ 年 施行)

\* 骨折手術時のプレート・人工関節などが入っていますか？

ない  ある ( \_\_\_\_\_ 年 施行、部位 \_\_\_\_\_ )

(4) これまでにMRI検査を受けたことがありますか？

ない  ある ( \_\_\_\_\_ 年 施行、部位 \_\_\_\_\_ )

(5) 【女性の方にお聞きます。】 現在、妊娠していますか？

いいえ  はい  可能性がある

11 疾患の説明についてご希望があればご記入ください。

(例：全て話してほしい。本人には伝えないでほしい。など)

---

---

---

12 他に、何か伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

---

---

---

13 患者さん本人以外が記入した場合は患者さんとのご関係をご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )