

☞現在あるいは過去にかかった病気はありますか？ ない ある（下記に記入してください）

- 脳梗塞（ 歳） 脳出血（ 歳） 心筋梗塞（ 歳） 狭心症（ 歳）
不整脈（ 歳） 高血圧（ 歳） 肝臓病（ 歳） 腎臓病（ 歳）
糖尿病（ 歳） 透析（ 歳） 喘息（ 歳）

がん（部位： 歳）
その他の、病気やケガや手術など [※病名・手術名・その時の年齢を記入して下さい]

☞心臓ペースメーカー・植込み型除細動器を使用していますか？ いいえ はい

☞常用しているお薬はありますか？ ない ある
※おくすり手帳をお持ちの方は受付へ提出をお願いします。

☞おくすり手帳をお持ちでない方、またはおくすり手帳に記入されているもの以外で内服している薬がある方は、ご記入をお願いします。
（薬剤 ）

☞アレルギーはありますか？ ない ある（下記に記入してください）

薬 [薬剤名 症状] 麻酔剤（薬剤名 症状 ）
食べ物（食品名 症状 ）
ゴム製品
アルコール綿
その他（ ）

☞女性の方にお伺いします。現在妊娠中、授乳中、または妊娠の可能性がありますか？
ない ある

あるとお答えの方はご記入ください。 妊娠中（ 週） 授乳中 妊娠の可能性がある

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。

◆医療情報取得加算◆ 初診時：1点 再診時（3月に1回）：1点

これらの情報は「個人情報保護法」に基づき管理させていただきます。ご協力ありがとうございました。