

初診の方へ(血圧/コレステロール/中性脂肪)

NO. 記入日: 年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日	歳	
お名前	男・女							
住所	〒	—	電話番号					
			携帯電話					

1. 身長、体重、最高体重をお書き下さい。

身長 cm / 体重 Kg / 最高体重 kg

2. いつ頃からどのような症状ですか？(いつ頃から指摘されていますか？)

3. 家族(血縁)に高血圧、心血管疾患、脂質異常(コレステロールや中性脂肪の高い人あるいは善玉コレステロールが低い人)はいますか？

はい いいえ

→いる場合はどなたですか？

4. 運動習慣はありますか？はいの場合は具体的にお書きください。

はい いいえ

5. 今までに大きな病気をされた事がありますか？

(お薬によるアレルギーも含めて、もし合わないものがありましたらお書き下さい。)

6. お酒は飲みますか？(お飲みになる場合は、種類、量をお書きください)

なし あり()杯/日・月

7. 常用薬品、常用しているサプリメントはありますか？(ある場合はお書き下さい。)

はい いいえ

8. 喫煙しますか？ なし あり()本/日 過去に吸っていた

9. 睡眠はよくとれていますか？ はい いいえ→ 眠りにつきにくい・途中で何度も起きる・早朝に目覚める

10. 妊娠あるいはその可能性がありますか？ いいえ はい()週目

・授乳していますか？ いいえ はい(→出産日 年 月 日)

11. 当クリニックを何でお知りになりましたか？

a) インターネット b) どちらかからの紹介(口頭紹介含む) 紹介者:

c) 仕事場が近所、家が近い

12. 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

13. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

14. 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい いいえ

医療機関名: 受診日: 治療内容:

15. 現在、処方されているお薬はありますか？ はい いいえ

※マイナ保険証で情報取得に同意した場合直近の1ヶ月以内の処方薬を除き記載を省略可能です

16. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)受診しましたか？ はい いいえ

受診時期: 指導事項:

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。

正当な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1…6点 加算2…2点(マイナ保険証を利用した場合)