

# 初診時間診票

ID

氏名

記入日西暦

年

月

日

受診される方へ

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致します。

◆詳細は右記の二次元バーコードよりご確認ください。



記載方法 該当する□に✓(チェック)をご記入ください。  
空欄には該当する文字の記入をお願いします。

★ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？(マイナ保険証を利用しますか？)

はい いいえ

★ 紹介医療機関についてお尋ねします。

1. 紹介状を書いた医療機関の前に、受診した医療機関(前々医)はありますか？

ある (医療機関名: \_\_\_\_\_ 所在地: \_\_\_\_\_ 市 町 村)

なし

2. 上記以外の医療機関でかかりつけ医はありますか？

ある (医療機関名: \_\_\_\_\_ 所在地: \_\_\_\_\_ 市 町 村)

なし

★ ご家族の方あるいは付き添いの方にも一緒に診察室に入ってください病名、病状などを説明してもよろしいでしょうか。

はい いいえ

よい場合はどなたでしょうか

:例)妻

:

\* 以下について該当する項目に✓(チェック)し、内容をご記入ください

1. アレルギーについて			
薬剤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
(薬剤名	)	(症状	)
食物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
(食物名	)	(症状	)
その他	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
(具体的に	)	(症状	)
例)ゴム製品・金属・動物など			
-----			
造影剤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
(薬剤名	)	(症状	)
造影剤副作用カード <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
2. 体内埋め込み型医療機器について			
<input type="checkbox"/> ペースメーカーやICD(埋め込み型除細動器)を使用している	<input type="checkbox"/> 使用していない	<input type="checkbox"/> 不明	
<input type="checkbox"/> 埋め込み型ポートを使用している	<input type="checkbox"/> 使用していない	<input type="checkbox"/> 不明	
<input type="checkbox"/> 体内金属がある	<input type="checkbox"/> 体内金属はない	<input type="checkbox"/> 不明	
3. 日常生活で支障となることについて			
-----			
1)歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 歩行器使用
	<input type="checkbox"/> 介助がいる		<input type="checkbox"/> シルバーカー使用
	<input type="checkbox"/> できない		<input type="checkbox"/> 車いす使用
		方法(	)
-----			
2)聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる		
	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 補聴器使用(	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )
	<input type="checkbox"/> 聞こえない		
-----			
3)視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 近視	<input type="checkbox"/> 遠視(老眼も含む)
	<input type="checkbox"/> 見えない(	<input type="checkbox"/> 先天性	<input type="checkbox"/> 後天性 )
-----			
4)会話	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> その他(	)
	<input type="checkbox"/> 言葉がはっきりしない		
	<input type="checkbox"/> できない		
-----			
5)排泄	<input type="checkbox"/> できる		
	<input type="checkbox"/> 介助がいる		
	<input type="checkbox"/> できない		
4. 身体計測			
身長	cm	体重	kg
5. 女性の方のみお聞きします			
妊娠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 可能性あり	<input type="checkbox"/> 妊娠中
分娩予定日:	月 日	妊娠週数:	週
最終月経:	月 日 ~ 月 日		
-----			
1)月経 初潮(	)歳(	<input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順 )	<input type="checkbox"/> 閉経(
			)歳
-----			
2)出産歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(第1子出産年齢(	)歳)
妊娠した回数(	)回	出産した人数(	)人



10. 職業について <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
仕事の種類(業種) ( )	
11. 結婚について	
1) 結婚していますか	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 内縁 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他
2) お子さんはいますか	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
12. 臓器提供について	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない
13. 宗教について	
信仰している宗教はありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

記載者名

---

ご協力ありがとうございました。

栃木県立がんセンター