

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_ 緊急時連絡先 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

1. 本日受診される症状について

① 症状はどのようなものですか？(痛みのある箇所など)

② それはいつからですか？

③ 本日の症状についてこれまでに他の病院で治療を受けられましたか？ (はい・いいえ)

病院名 \_\_\_\_\_

告げられた病名 \_\_\_\_\_

④ 治療方針、特に注射に関して

\* 注射の目的で来院      \* 医師と相談の上、決定      \* 注射は嫌いでしたくない

2. 現在、ほかの病院にかかっていますか？ (はい・いいえ)

かかっている病院名・病名・薬

3. 現在、以下の抗凝固剤を飲んでますか？ (はい・いいえ)

ワーファリン・プラザキサ・イグザレルト・エリキュース・リクシアナ

4. 過去に手術を受けられたことがありますか？ (はい・いいえ)

病名: \_\_\_\_\_ ( 年頃)

5. 体内に金属が入ってますか？ (はい・いいえ)

人工関節(膝 左・右)(股関節 左・右)(肩 左・右)・プレート(部位はどこですか？ )

ステント・心臓人工弁・ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・その他( )

6. 飲み薬・注射・その他でアレルギー症状(薬疹・ショックなど)が出たことはありますか？ (はい・いいえ)

はいの方は内容

7. 下記の中に該当するものはありますか？ (はい・いいえ)

妊娠中・人工透析(シャント左・右)

深部静脈血栓症と診断されたことがある

8. 紹介していただいた方がいらっしゃいましたら記入して下さい。

9. ご本人確認の為に名前をフルネームでお呼びしています。

10. マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用している医療機関です。