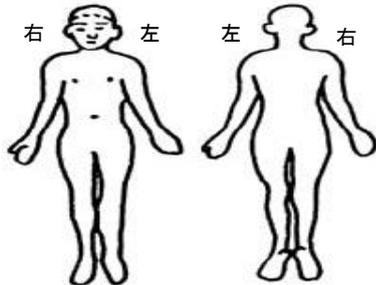


氏名		薬による副作用 無・有()	
		アレルギー 無・有()	
年齢	才 男・女	利き手はどちらですか 右・左	
来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください			
<input type="checkbox"/> 紹介状あり	他院・ドック・検診		
<input type="checkbox"/> 発熱	月 日から	最高 度	悪寒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	月 日から	1日 回ぐらい	血液混入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 咳	月 日から	<input type="checkbox"/> 2週間以上続いている	
<input type="checkbox"/> 食欲低下	月 日から		
<input type="checkbox"/> 体重減少	月 日から	Kg減少した	
<input type="checkbox"/> 下痢	月 日から	1日 回ぐらい	血液混入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 腹痛	月 日から	へそ周囲・下腹部	背部痛 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 胃痛	月 日から	黒色便 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 頭痛	月 日から	しびれ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 胸痛	月 日から		
<input type="checkbox"/> 喘鳴(ぜいぜいする)	月 日から		
<input type="checkbox"/> 息苦しい	月 日から		
<input type="checkbox"/> 体のむくみ	月 日から	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> 手背	
<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に海外に行かれましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()			
<input type="checkbox"/> その他	月 日から()		
			
上記の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
現在内服中の薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無・有			
今までに大きな病気をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()			
今までに手術をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()			
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う 1日平均 ()本	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 禁煙した ()年前から
お酒	<input type="checkbox"/> 飲む 1日に飲む量()	()回/週	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 禁酒した ()年前から
介護保険の申請	なし・あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)		
女性の方のみ	<input type="checkbox"/> 妊娠 している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 可能性がある		
本日マイナンバーカードの保険証を利用されましたか はい・いいえ			
はいの方 → 「診療情報取得」に同意されましたか はい・いいえ			
現在、他の医療機関に通院されていますか <input type="checkbox"/> 通院なし			
<input type="checkbox"/> 通院中(医療機関 受診日 治療内容)			
この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受けられましたか (40才以上の方のみ)			
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい *マイナンバーカードの保険証による情報取得に同意された場合省略可能			
※医療者が記入しますので、記入しないでください		身長 cm	体重 Kg
<input type="checkbox"/> 呼 <input type="checkbox"/> 循 <input type="checkbox"/> 消 <input type="checkbox"/> 内 <input type="checkbox"/> 血 <input type="checkbox"/> 他	体温 度	脈拍 回/分	SPO2 %
<input type="checkbox"/> 熱 <input type="checkbox"/> 嘔・下 <input type="checkbox"/> 感染(隔離) <input type="checkbox"/> 一般待合	血圧 / mmHg	再検 /	mmHg

看護師サイン

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・活用することで、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 初診時には医療情報取得加算(1点)がかかります。

裏面もあります

受診される患者様へ

当院では、「患者様と医療関係者との十分な情報の共有と理解した上での同意」に基づき、患者様のご希望に沿った最適な治療を行いたいと思っております。

つきましては、今回の受診にあたり、**患者様ご本人のお気持ち**をお聞かせいただきたいと思いますので、下記の質問にお答えくださいますようお願いいたします。ここで書かれた内容は今のお気持ちですので、後日お気持ちが変わられましたら、主治医または看護師までお申し出ください。

<黒ボールペンであてはまる答えに○、もしくは記入をしてください>

氏名 _____ 記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

★患者様ご自身でご記入できない方は、代筆していただき、代筆者の方のお名前をお書きください。

↳ 代筆者名 _____ 関係 _____

質問 1.

あなたは、ご自分の病気の診断名や病状・治療方針・検査結果について、どの程度医師から説明を受けたいと思われますか。

- ① すべて知りたい
- ② 簡単に知りたい
→どこまでの説明を希望されますか。下記より選んで○をつけてください
(診断名・病状・治療方針・検査結果・余命・その他【 _____ 】)
- ③ 知りたくない
- ④ 他者（医師や家族など）の判断にまかせる
- ⑤ その他（ _____ ）

質問 2.

ご自分の病気の診断名や治療方針・検査結果について説明を受ける場合、どなたとお聞きになりたいですか。（1つだけ選んで○をつけてください。）

- ① 自分だけに説明して欲しい
- ② 他の人と一緒に説明をして欲しい
- ③ 自分以外の人に説明して欲しい
- ④ その他（ _____ ）

上記②・③を選ばれた方は、どなたと一緒に、またはどなたに説明をしてもらいたいですか。

名前（ _____ ） あなたとの関係（ _____ ）

★この用紙は、外来受診患者様は各科外来受付へ、ご提出ください。

確認日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 受付者サイン（ _____ ）