氏名	薬・注射による副作用 無・有 薬品名( )	
L1	アレルギー 無・有 花粉・食物・金属・その他()	
年齢  才  男・女	女性の方のみ□妊娠している □していない □不明 □授乳中	
<b>身長</b> cm <b>体重</b> Kg	1ヶ月以内に海外に行かれましたか □いいえ □はい	
今までに大きな病気をされたことは	<b>はありますか</b> □いいえ □はい( )	
今までに手術をされたことはありま	<b>すか</b> □いいえ □はい( )	
現在内服中の薬はありますか [	□いいえ □はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無 有	
<b>タバコ</b> □吸う 1日平均 ( )本 □吸わない □禁煙した ( )年前から		
<b>お酒</b> □飲む 1日に飲む量(	)( )回/週 □飲まない □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 )	
利き手はどちらですか 右	左 左	
今回の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか □いいえ □はい		
来院理由 ※当てはまる項目にチェックを入れてください		
1. 紹介状はお持ちですか	口はい (当院・ 他院) ロいいえ	
<ul> <li>2. 本日は、どうされましたか</li> <li>□ 血尿 □ 排尿時痛 □ 陰部痛 □ 尿が出ない □腰部痛</li> <li>□ その他( )</li> <li>□ 健康診断や人間ドックで異常を指摘された</li> <li>□ 尿路結石の既往 あり なし</li> </ul>		
3. その症状がいつから、どのように具合が悪いか具体的にお書きください (裏面へ続く)		
	# # # # # # # # # # # # # # # # # # #	
※医療者が記入しますので、記入しないでください		
体温 度 脈拍 回/分	SPO2 % 血圧 / mmHg 看護師サイン	

本日マイナ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	いましたか	はい・ いいえ		
現在、他の医療機関に通院されていますか □通院なし				
□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)				
□いいえ □はい *マイナ保険証による情報取得に同意された場合省略可能				

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。