

フリガナ _____ 明大

氏名 _____ 男・女 生年月日： 昭平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

住所 〒 _____ 府・県 _____ 市

電話番号： 自宅(_____) _____ 携帯(_____) _____

身長： _____ cm 体重： _____ kg 血液型： _____ 型 出身地： _____

1. 本日はどういった理由で来院されましたか？
 どのような症状、目的で来られましたか？具体的にご記入ください。
 症状・目的(_____)
2. 健診結果や他院からの紹介状はありますか？ なし あり⇒受付へ渡してください。
3. 過去に指摘を受けた、又は、現在他の医療機関で治療中の病気はありますか？
 いいえ はい⇒病名と現在治療中かチェックを付けて(何歳から)もご記入ください。

病名	現在治療中	何歳から	病名	現在治療中	何歳から
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/>	歳～	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/>	歳～	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/>	歳～	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/>	歳～	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/>	歳～	<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/>	歳～	病名(_____)	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 脳血管疾患	<input type="checkbox"/>	歳～	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>	歳～
<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/>	歳～	病名(_____)	<input type="checkbox"/>	歳～

- ※かかりつけ医がある方はご記入ください：(_____)
4. 現在内服中のお薬はありますか？ なし あり⇒薬手帳： なし あり
 5. 今まで手術や輸血を受けたことはありますか？
 ★手術： いいえ はい⇒病名：(_____) 手術名：(_____)(_____ 歳)
 ★輸血： いいえ はい⇒製剤名： 赤血球 血小板 その他(_____)
 6. 血縁者の中で以下の病気にかかった方はおられますか？
 いいえ はい⇒ 血液疾患(_____) がん(部位： _____)
 その他(_____)⇒本人との関係：(_____)
 7. 食べ物やお薬などで体調不良・皮膚症状が出たことはありますか？
 いいえ はい⇒ お薬 食べ物 アルコール綿 造影剤 輸血
 ⇒内容：(_____) 症状(_____)
 8. 公的なサービスや助成を受けていますか？
 いいえ はい⇒ 介護保険 指定難病 身体障がい者 その他
 等級・内容(_____)
 9. 飲酒・喫煙習慣はありますか？
 いいえ はい⇒(飲酒：週 _____ 回)、喫煙：1日 _____ 本、喫煙歴： _____ 年)
 10. 女性の方にお尋ねします。現在妊娠していますか？ いいえ はい⇒(第 _____ 週目・不明)
 11. どのようにして当院をお知りになりましたか？ 他院からの紹介 ネット その他(_____)
 12. キーパーソン(診察、治療での相談や協力をしていただける方)はおられますか？
 いいえ はい⇒(お名前： _____ 本人との関係： _____)
 連絡先：(自宅又は携帯・勤務先・その他) _____ - _____ - _____

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します。

インフォームド・コンセントに関する書類

「インフォームド・コンセント」とは、「症状についての十分な説明を受け、内容を理解し、同意すること」を示します。

患者さんには、ご自身の病気や症状を「知る権利」があります。また、それと同時に「知ることを拒否する権利」があります。

今後、病気や症状を説明させていただくにあたり、ご自身のご希望をお聞かせください。

なお、ご自身のお気持ちが変わられた場合は、再度確認させていただきますので、お知らせください。

1 悪性の病気であったとしても病名の告知は希望されますか？

希望する 希望しない

2 たとえ、治る可能性がなくてもその事実の告知を希望されますか？

希望する 希望しない

3 告知を希望されない場合は、どなたに事実をお伝えすればよろしいでしょうか？

4 その他、ご希望があればお書きください。

年 月 日

患者氏名(直筆でお願いします)

代理人氏名(患者さん自身が直筆で筆記できない場合)