内科自己申告表

年　　月　　日

フリガナ 氏　　名		生年 月日	昭・平 年　月　日	才	男・女
住　　所	〒				
電話番号		出産の有無	有　（　　経）　・　無		
ご紹介者名　または　ご紹介医療機関名					

1.　現在の症状（主訴）		
・発熱（　　.　　℃）　・咳　・全身倦怠感　・関節痛　・筋肉痛　・悪寒 ・腹痛　・下痢　・嘔吐　・嘔気 ・その他（　　）		
2.　その症状はいつ頃からですか？		
3.　その症状について他院を受診したことがありますか？		
・ある　病名（　　）治療（　有　・　無　） ・ない		
4.　現在、服用しているお薬はありますか？	は　い	いいえ
5.　今までに病気をしたことがありますか？	は　い	いいえ
「はい」の人はどんな病気ですか？ 高血圧・脳卒中・心臓病・腎臓病・肝臓病・胃腸病・緑内障・喘息 肺結核・糖尿病・リウマチ・その他（　　）		
6.　アレルギーはありますか？	あ　る	な　い
「ある」の人はどのようなアレルギーですか？ 鼻炎（ あり　・　なし ）　アトピー皮膚炎（ あり　・　なし ） 薬　（　　） 食物　（　　） その他　（　　）		

7.　タバコを吸いますか？	は　い	いいえ	本／日
8.　お酒を飲みますか？	は　い	いいえ	／日

9.　現在妊娠中または妊娠の可能性がありますか？	は　い	いいえ
10.　授乳中ですか？	は　い	いいえ

当院をどこで知りましたか？

□親戚・友人から　□インターネット　□看板（駅、道路、その他）　□以前に受診　□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いたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算１　６点
加算２　２点(マイナ保険証を利用した場合)

マイナ保険証（　有　・　無　）　医療法人ワンアンドオンリー　新横浜母と子の病院　(2023-04)