

英語でご記入ください



quality & innovation in healthcare

Patient Registration Form

予約内容詳細:

当医院では患者様に最高の医療を提供するように心がけております。
つきまして最新かつ正確な健康状態を記録する必要があります。
皆様に下記の質問事項にお答えください。

日付:

時間:

姓: ミドル名 イニシャル:

名: ご職業:

敬称: Mr Mrs Ms Miss Dr その他.....

生年月日: / /
日 月 年

住所:

郵便番号:

携帯番号: 職場と私用の携帯番号が同じの場合はチェックしてください。

自宅番号: 職場番号:

メールアドレス:

結婚歴 (任意) 独身 既婚 デファクト 離婚 未亡人 その他

セクシャリティ (任意) 異性愛 同性愛 バイセクシャル

メディケア番号: Ref: _____ 有効期限: ____ / ____

ペンション/HCC: 有効期限: ____ / ____

DVA: 有効期限: ____ / ____

緊急連絡先: 緊急時に連絡できる方の連絡先を記入してください: -

氏名: 続柄: 電話番号:

二番目の緊急連絡先: 同上の場合はチェックしてください その他の場合は下記の欄にご記入下さい



Patient Registration Form

氏名: 続柄: 電話番号: **quality & innovation in healthcare**

オーストラリアは多文化国です。Practice Well 医療サービスを提供する為にそれぞれの国々の文化、また生活背景を理解することが大切だと考えています。

オーストラリア以外で生まれた場合 - どちらの国で生まれましたか?.....

オーストラリアに住み始めて何年ですか?:

健康への取り組みを支援する為、お答えください: -

アボリジニーまたはトレス海峡諸島民以外

アボリジニー

トレス海峡諸島民

アボリジニーまたトレス海峡諸島民

アレルギーまたは、薬などでお体に合わないものはございますか? はい(詳細を記載してください) いいえ

現在服用されている薬はございますか? (医師から処方されていない薬、ビタミン剤またミネラル剤等を含む):

タバコの本数: 吸わない 禁煙開始日: ___ / ___ / ___ 喫煙 ___ 1日 / 週

お酒: お酒を飲みますか? はい いいえ

はいの場合: 1週間のうち何日くらいお酒を飲みますか?

その際どれくらいの量を飲みますか?

身長: cms

体重: kgs

ウエスト: cms

メルボルンに滞在中または海外から訪問されていますか? はい いいえ

また診察を受ける予定ですか? はい いいえ **セクション 2** 項目を記入してください

より詳しい健康状態をお知らせ頂く事により効率的な治療を進められます。



Patient Registration Form

quality & innovation in healthcare

いいえ 最後のセクション (ページ 4) を記入してください。

セクション 2: -

Page 2

健康状態と生活環境:

- どれくらい運動をしていますか?

毎日 週・回 しない その他:

時間: 分.

- もし 50 歳以上の場合, 大腸癌スクリーニングプログラムで検査を受けましたか?

はい いいえ 不明

- 脱法ハーブ、麻薬等使用していますか? (任意): (種類と使用頻度)

- 女性の方:

- a) 子宮癌検査を最後に受けた日付 /
月 年

- b) 乳がん (マンモグラフィ) のテストを最後に受けた日付 /
月 年

病歴:

- 過去また現在下記の病気をしたことがありますか? -

喘息 はい いいえ 高血圧 はい いいえ

糖尿 はい いいえ 慢性疾患 はい いいえ

その他 もしはいと答えられた場合:

- もし過去に手術を受けた場合, 手術の内容と日付をお知らせください

詳細: 日付: /
月 年

家族健康歴: - 家族の一員で下記の病気に掛かった、もしくは疑いがある方がいる場合:

糖尿病 Yes No うつ病 Yes No

腸の問題 Yes No 高コレステロール Yes No

心臓病 Yes No 癌 Yes No

腎臓病 Yes No 喘息/呼吸の問題 Yes No

その他: Yes No Problems Yes No

予防接種: -



Patient Registration Form

インフルエンザ 子宮頸がんワクチン A 型肝炎 B 型肝炎 水痘（みずぼうそう）
 麻疹 肺炎球菌ワクチン ポリオ 破傷風 髄膜炎菌 **quality & innovation in healthcare**

診察を受ける前に下記の欄を記入し、看護師にお渡しください。

• このフォームをお子様のために記入している場合、最新の予防接種の記録ですか？

はい いいえ

(お子様の予防接種記録がございましたらお渡しください。)

プライバシー、リコール及び予約確認の承諾

• SMS にて予約確認を受け取りますか？

承諾し、受け取ります 承諾しない

• 当クリニックでは体調を崩される前（**予防、フォローアップまたリコールを含む**）にさまざまな方法（郵送、電話、セキュアメールまたは SMS）でお知らせさせて頂く事を考えております。（ジャンクメールは送信いたしません。）

承諾し、受け取ります 承諾しない

• 医療研究、医療サービスまた医療コミュニティ向上のため病状を第三者に提供させて頂く場合がございます。通常の場合、個人と断定できる情報は提供致しません、個人と断定できる場合は辞退して頂く事が可能です。

承諾し協力します。 承諾しない

辞退したい時はいつでも受付にお申し付けください。

• 当クリニックでは [Privacy Act 法 1988](#) and the [Australian Privacy Principles 法 2014](#) に基づき運営しております。

その他、体調に気になるまた関連していると思われる点がございましたらお知らせください。

.....
.....
.....

より正確かつ品質の良い医療をご提供させて頂くため、全ての初診の患者様には当クリニックの GP と看護師に診察させて頂いております。

記載された医療関連の情報また医療に影響する情報がすべて正しい事をここに証明いたします。

サイン:



Patient Registration Form

氏名:

日付: / /
日 月 年