

フリガナ 氏名	生年月日		昭和・平成	年	月	日(歳)
	ご連絡先					
ご住所	〒 _____					
性別	男性 ・ 女性	身長	cm	体重	kg	
マイナンバーカード で受付される患者様	マイナ保険証による診療情報(薬や健診データ)取得に同意されますか？ (はい・いいえ)					

◎本日は、どのような理由で受診されましたか？症状、期間を具体的に記入お願いします。

【記入欄】

◎アレルギーはありますか？ (例：お薬、食べ物、金属、花粉など)

いいえ ・ はい (_____) **アルコール**：かぶれる ・ かぶれない

喘息 (なし ・ あり → 最終発作はいつですか？ _____)

糖尿病 (なし ・ あり → _____ 歳頃から、今の治療は？ _____)

高血圧 (なし ・ あり → _____ 歳頃から、内服薬は？ _____)

◎その他の病気、及び手術の有無を教えてください。

(病名 : _____、 _____ 歳頃) 、 手術 (_____)

◎女性の方は現在、妊娠の可能性はありますか？ (なし ・ あり)

最終生理が始まった日と持続期間は？ 20 年 月 日から _____ 日間

◎現在、お薬・サプリメント・健康食品・漢方薬は飲んでいませんか？

いいえ ・ はい (薬品名 _____)

*お持ちの方は、お薬手帳をお見せ下さい。

◎かかりつけの病院はありますか？ なし ・ あり (_____)

◎喫煙はしますか？ いいえ 現在喫煙中 ・ 過去喫煙 (_____ 本/日 _____ 年間)

◎飲酒はしますか？ いいえ ・ はい (1日 _____ 本・杯/ _____ ml 程度)

当院は、マイ保険証の利用や問診票を通じて患者様の診療情報を取得・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 [4点] 加算2 [2点] (マイナ保険証を利用した場合)

◎来院のきっかけ…口コミで(_____ 様)、ホームページ、net、Google、その他 (_____)