

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、他の医療機関からの紹介状(診療情報提供書)はお持ちですか? (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をお願いします。

【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すか?

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 [6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 (_____)

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

◎本日は、どのような理由で受診されましたか？
1～6に○をつけるか、7に詳しく記入をお願いします。

- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 1. 美白・美肌・デトックスに興味があって | 4. ダイエット希望 |
| 2. 疲労回復・健康増進を期待して | 5. 避妊目的などの低用量ピル |
| 3. 肝機能の改善、悪化の予防を目指して | 6. サプリなど |
| 7. その他（具体的に記入をお願いします） | |
- _____

◎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）

◎かかりつけの病院はありますか？ なし・あり（ _____ ）

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？ _____ ）

心臓の疾患（なし・あり →病名 _____、今の治療は？ _____ ）

◎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（病名 _____、手術名 _____、 _____ 年）

◎現在、お薬・サプリメント・健康食品・漢方薬は飲んでいますか？

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。

◎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）

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