

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。
 ◆初診 医療情報取得加算 1(マイ保険証を利用していない場合):3点(月1回) 加算 2(マイ保険証または診療情報を受けた場合):1点(月1回)

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