

初めて診察を受けられる方

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。
正確な情報を取得・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 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

- マイナ保険証を利用し診療情報取得に同意する。
(同意された方は 記載Bは省略できます。)
- マイナ保険証は利用しない、及びマイナ保険証を利用するが診療情報取得には同意しない。
(記載AとBを記載してください。)

記載A

フリガナ			
氏名			男 女
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月 日 才
住所	〒		
電話番号		身長	_____ cm
携帯電話番号		体重	_____ kg
1	本日、どのような症状でご来院いただけましたか？ (いつごろから、どこが、どのように具合が悪いですか？) (例) 2日前より腹痛・頭が痛い		
2	今まで当院で診察を受けたことがありますか？	(昭・平・令 年 月頃) ある	ない
3	注射や薬で副作用がおこったことがありますか？	ある	ない
4	妊娠、妊娠の可能性、がありますか？授乳中ですか？	妊娠中・可能性がある・授乳中	ない
5	今の症状で何か薬を使用しましたか？	ある	ない
6	現在、他の病院で治療中の病気がありますか？	ある	ない
7	アレルギーについて何かありますか？ 喘息 アトピー その他()	ある	ない
8	特に大きな病気にかかったことがありますか？ (○をつけてください。それは何才の時ですか？) 糖尿病 _____ 才 高血圧 _____ 才 心臓病 _____ 才 胃潰瘍 _____ 才 腎臓病 _____ 才 結核 _____ 才 その他 (_____ 才)		特 に な し
9	喫煙 有 (_____ 本/日) ・ 無 _____ 飲酒 有 (_____ 合/日 _____ 本/日) ・ 無 _____		
10	1ヶ月以内に海外に旅行されたことがありますか？	ある (国名 _____)	ない

記載B

現在処方されている薬はありますか？	
この一年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？	受診した ・ 受診していない
受診された方はいつ受診されましたか？	(_____ 月)
指摘事項はありましたか？	なし ・ あり (_____)