

ご記入の上、保険証と一緒に受付にご提出ください

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平・令
氏名		男・女		年 月 日 (歳)
現住所	〒			
自宅番号		携帯番号		
緊急連絡先(必須)	(続柄)			*本人様以外の電話番号
希望診療科	内科・外科・整形外科・泌尿器科・皮膚科・形成外科・血液内科			

1. いつ頃から、どのような症状がありますか

2. 今までに病気や手術をしたことがありますか (はい・いいえ)

3. 現在かかりつけの病院がありますか (はい・いいえ)

紹介状はありますか (はい・いいえ)

お薬を飲まれていますか (はい・いいえ)

※マイナ保険証で同意された方は直近1か月以内の処方薬以外は省略可能です

「はい」の方は病院名と薬剤名を記入して頂くか、薬手帳・薬事報の提出をお願いいたします

4. 下記のアレルギーがありますか

食品(はい・いいえ) 薬剤(はい・いいえ) 喘息(はい・いいえ) その他(はい・いいえ)

・アレルギーの内容() ・症状()

5. 喫煙されますか (はい・いいえ・過去に吸っていた)

・ 本/日 ・喫煙歴: 年 ・ 歳頃から禁煙

6. 1か月以内に海外への渡航歴がありますか (はい・いいえ) 国名: _____

7. 現在、妊娠中又は授乳中ですか (はい・いいえ) 妊娠: _____ 週

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか

 同意する 同意しない

上記 同意の場合は以下不要

※上記チェックが無い場合は同意しないものといたします

この1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 受診あり 受診なし

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)

※問診票に記載された個人情報は、患者様の診察・健康管理の目的以外には使用いたしません