

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	明・大・昭・平・令
氏名		男・女	生年月日 年 月 日 ( 歳)
現住所	〒		
自宅番号		携帯番号	
緊急連絡先(必須)	(氏名)	(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

↓造影剤・金属アレルギー等

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。

◆ 医療情報取得加算(初診時) 加算1 3点(健康保険証にて資格確認を行った場合) 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

◆ 医療情報取得加算(再診時・3か月に1回) 加算3 2点(健康保険証にて資格確認を行った場合) 加算4 1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、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