

フリガナ _____ 男 生年 明・大・昭 _____ 年 月 日 才
 氏名 _____ 女 月日 平・令 _____

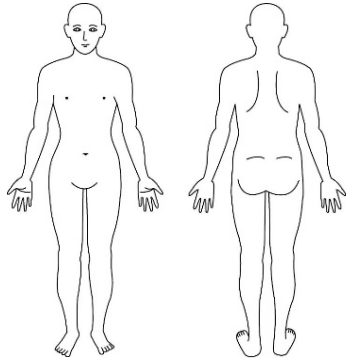
〒 _____ 住所 _____

電話 (_____) _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

職業 _____ 同居人数 独居 家族 (_____) 人

緊急連絡先 (氏名 _____) (続柄 _____) 電話 (_____) _____

マイナ保険証による診療情報取得の同意 する 持っていない 他の医療機関からの紹介状 ある ない

①	どこの具合が悪いですか？右図の該当部位に○印をつけて下さい →	
②	いつ頃から悪くなりましたか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から	
	症状がでたきっかけや原因を簡単にご記入下さい <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他	
③	(_____) 労 (_____) 安	
④	どのような症状がありますか？ → 痛み・しびれ・その他 (_____)	
⑤	右記のような病気に <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 かかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 その他 (_____)	
⑥	手術されたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (_____) 才頃 部位 (_____)	
⑦	現在、飲んでいるお薬がありますか？※お薬手帳お持ちであれば、ご提出下さい <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
⑧	お薬・注射（麻酔・点滴）での気分不良や、 お薬や食べ物に対するアレルギーがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → お薬・注射・食べ物 (_____)	
⑨	体内に電子機器（心臓ペースメーカー、除細動器、 神経刺激電極、人工内耳 等）をつけていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → (_____)	
⑩	この1年間で検診（特定検診及び高齢者検診に限る）を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑪	女性の方 現在、妊娠をしている可能性がありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → (_____) 週目	
	現在、授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → お子様 (_____) ヶ月	
	介護認定を受けていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 支援 (_____) ・ 要介護 (_____)	
⑫	介護保険で施設などをご利用されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ヘルパー	

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）

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。