

初診の方はご記入ください

ID _____

令和 年 月 日

フリガナ			男 女	ご職業
氏名				
ご住所	〒			
電話			生年月日：西暦 年 月 日生 歳	
携帯			明・大・昭・平・令 年 月 日生 歳	

① 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

はい いいえ

② マイナ保険証（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）をお持ちですか？

はい

→本日、診療情報取得に同意されましたか？（ はい いいえ ）

いいえ

③ 本日はどのような症状で来院されましたか？

・その症状はいつからありますか？

④ 現在、治療中の病気はありますか？

はい：高血圧 糖尿病 心臓病 胃腸病 肝臓病 脳卒中 喘息 リウマチ
白内障 緑内障 ペースメーカー その他（ ）

※通院中の医療機関名（ ）

いいえ

⑤ 現在、服薬されている薬はありますか？（お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください）

※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近1ヶ月以内の処方薬は省略可。

はい（ ） いいえ

⑥ これまでに大きな病気にかかったことはありますか？（入院や手術を要する病気など）

はい（ ）

→医療機関名（ ）

いいえ

→裏側にもあります。

⑦ これまでに薬や注射や食べ物などでアレルギーを起こしたことはありますか？

はい 原因となったもの ()
症状 ()

いいえ

⑧ 現在、妊娠の可能性はありますか？あるいは授乳中ですか？

はい (妊娠中 → () ヶ月 授乳中)

いいえ

⑨ この1年間で健診を受診されましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、特定健診及び高齢者健診については省略可。

はい (受診時期 ()
(指摘されたこと ()

いいえ

⑩ 当院を受診されたきっかけは何ですか？(複数回答可)

ホームページ インターネット 街中の看板 電話帳の広告
家や職場が近い 家族や知人から聞いた 他院からの紹介
その他 ()

⑪ 医療費明細書を希望しますか？

はい 　　いいえ

当院はマイナ保険証の利用や問診票等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おり、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。

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よろしくお願い致します。

介護保険証をお持ちの方

介護度 ()

ケアマネージャー ()

ご協力ありがとうございました。