

フリガナ		男	生年月日	大・昭・平・令
氏名		女		年 月 日 () 歳
住所	〒			連絡先

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？ いいえ はい

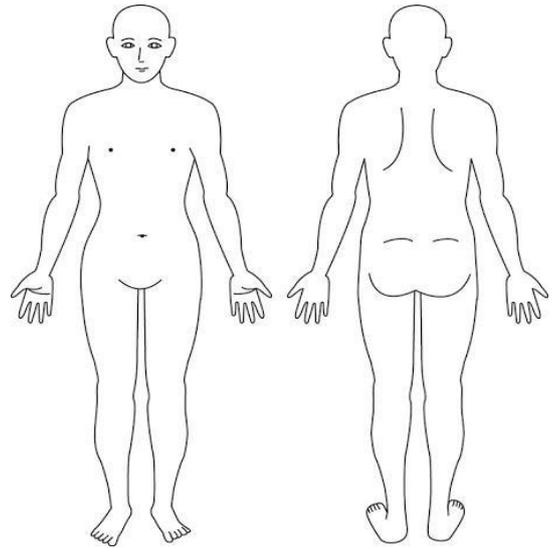
本日はどうなさいましたか？

症状のある部位に○をつけて下さい。

症状はいつ頃からありますか？

右 左 左 右

症状が出た原因はありますか？ ない ある
交通事故 仕事 学校 その他



今回の事で他の医療機関にて治療を受けたことありますか？
いいえ はい (年 月 日) 治療内容は？

紹介状、画像CD等お持ちでしたら受付にお出してください

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？
いいえ はい (年 月 日) 指摘事項は？

現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？

いいえ はい 高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・喘息・脳卒中・癌・リウマチ・痛風・その他

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

いいえ はい 医療機関名 病名 治療内容

現在、飲んでいるお薬がありますか？ある方はお薬手帳をお出してください。

食べ物や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり、じんましんが出たりする）はありますか？

いいえ はい (

喫煙：吸わない 吸う (本/日 × 年間) 禁煙した () 年前から

飲酒：飲まない 飲む (週に 日) 種類・量 (

※女性の方へ。現在、妊娠中の可能性はありますか？いいえ 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中

当院をどちらでお知りになりましたか？

ホームページ 看板 知人 通りがかり 紹介 () その他 (

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 6点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）（再診）加算3 2点