

はじめて来院された方へ

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用いたします。

西暦 年 月 日

ふりがな		男・女	西暦 年 月 日生
お名前前	様		被保険者(世帯主)との続柄
ご住所	〒		電話 自宅 () 携帯(緊急連絡先) ()

- 1 マイナ保険証による診療情報取得について 同意する 同意しない
- 2 他の医療機関からの紹介状を持っていますか? はい いいえ
- 3 本日受診した症状についておたずねします
(症状の内容:)
(発症時期: _____日から・_____日前頃から・_____ヵ月前頃から)
(経過:)
- 4 現在、他の医療機関に通院していますか?
はい いいえ
(医療機関名:)
(受診日 _____月 _____日)
(治療内容:)
- 5 現在、処方されている薬がありますか?
(マイナ保険証による情報取得に同意した方については、直近1ヵ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能)
はい いいえ
(薬剤名:)
(用量:)
(投薬期間: _____日から・_____日前頃から・_____ヵ月前頃から)
- 6 これまでに大きな病気にかかったことがありますか?(入院や手術を要する病気等)
はい いいえ
(病名:)
(時期: _____年 _____月頃)
(医療機関名:)
(治療内容:)
- 7 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?
(マイナ保険証による情報取得に同意した方については、記載を省略可能)
はい いいえ
(受診時期: _____月 _____日)
(指摘事項:)
- 8 これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか?
はい いいえ
(原因:)
(症状:)
- 9 現在、妊娠中又は授乳中ですか?(女性ののみ) はい(_____ヵ月・授乳中) いいえ

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。

