

ID 999999 氏名

身長

c m

体重

k g

- | | | |
|------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| ●マイナ保険証による診療情報取得 | <input type="checkbox"/> 同意する | <input type="checkbox"/> 同意しない |
| ●紹介状 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ●持参 CD-ROM | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ●介護認定を受けていますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

1) いっごろからどのような症状がありますか

いっごろから（ 年 月頃～ ）

症状

--

2) この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けましたか？

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された患者様は記載省略可能。

 はい 時期（ 年 月） 健診名（ ）指摘事項 あり 内容（ ） なし 不明 いいえ

3) 現在、治療を受けている病院、病気はありますか？

 はい 病名（ ） 医療機関（ ）

病名（ ） 医療機関（ ）

病名（ ） 医療機関（ ）

病名（ ） 医療機関（ ）

病名（ ） 医療機関（ ）

病名（ ） 医療機関（ ）

 いいえ

4) お薬手帳はお持ちですか？

 はい いいえ

5) 現在処方されている薬がありますか？

※お薬手帳持参またはマイナ保険証による診療情報取得に同意された患者様は、直近1ヶ月以内の処方薬除き、記載を省略可能です。

 はい 薬剤名（ ）

薬剤名（ ）

薬剤名（ ）

薬剤名（ ）

薬剤名（ ）

 いいえ

- 6) 現在飲まれている市販薬(サプリメント・ピルなどを含む)
- はい 薬剤名 ()
- いいえ
- 7) 今までに、お薬でアレルギーが出たことがありますか？また、医師に内服を禁止されている薬はありますか？
- ある 薬剤名 ()
- いいえ
- 8) 今までに、大きな病気にかかったことがありますか？
- はい 病名 () izzgoroo (年 月) 医療機関 ()
- 病名 () izzgoroo (年 月) 医療機関 ()
- いいえ
- 9) 今までに、手術を受けたことがありますか？
- はい 病名 () izzgoroo (年 月) 医療機関 ()
- 病名 () izzgoroo (年 月) 医療機関 ()
- いいえ
- 10) 今までに、食べ物でアレルギーが出たことがありますか？
- ある 食品名 ()
- いいえ
- 11) たばこについてお伺いします。
- 今までに吸ったことがない。
- 現在やめているが、以前は吸っていた。 (本/日 才~ 歳まで)
- 現在吸っている。 (本/日 歳から)
- 12) アルコールを飲みますか？
- はい 種類() 量(mL)
- 毎日 ・ 1~2日おき ・ 2~3日おき ・ 時々
- いいえ
- 13) 血縁者で下記の病気の方がおられましたらお書きください。
- 腎臓病、心臓病、高血圧、脳卒中、糖尿病、がん、など
- 続柄 () 病名 ()
- 続柄 () 病名 ()
- 14) 女性の方は、以下も記入してください。
- 妊娠中 (週) ・ 可能性あり ・ 授乳中 ・ 可能性
- 閉経 歳 ・ 最終月経 年 月 日から 日間
- 妊娠 回 ・ 出産 回 ・ 初産年齢 歳

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）