

はじめて保険診療で受診された方へ、ご記入をお願いします。

以下は診察に必要な事柄等です。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します。2022.10～事務手続きなどがありますので、診療終了時間 15 分前までにはお越してください。

当クリニックでは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（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）。

患者ID: _____

20 年 月 日 現在

ふりがな		男・女	昭・平・令	年	月	日生
お名前	様					歳
ご住所	〒	昼間に連絡がつきやすい連絡先の記入をお願いします。なお、携帯電話をお持ちの方は携帯番号記入をお願いします。				
		連絡先:				

身長 _____ cm 体重 _____ kg 受診時の体温 _____ 度

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ 同意（しない・する）
2. いつから、どのような症状でこられましたか？ また他院からの紹介状などはお持ちですか？ 紹介状（ない・ある）
3. 現在他の医療機関に通院して処方されている薬はありますか？ 処方薬（ない・ある）
ある場合は、下記にご記入頂くか、他院処方薬の書いた紙やお薬手帳をお預かりします。
4. 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、手術等（ない・ある）
あればいつ頃どのような病気ですか？
5. この一年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？
健診を受診（していない・した）
6. 薬や食品でアレルギー性疾患を今までに指摘されたことはありますか？（ない・ある）
ある場合は、わかる範囲でご記入をお願いします。
7. ≪女性の方に伺います≫ 現在妊娠していますか？ （いいえ・はい）
現在授乳中ですか？ （いいえ・はい）
8. その他、何か相談したいことやご質問がありましたらご記入をお願いします。

当クリニックは診療情報を取得・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・活用するために、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）