

内科・皮膚科・その他（ ）

ご希望の科を○で囲んで下さい

ふりがな		生年	大正 昭和 平成 令和
氏名	男・女	月日	年 月 日 (オ ケ月)
自宅住所	〒		
電話番号	— —	緊急連絡先	— —
勤務・通学先名称		電話	— —

●本日受診されたのは？ 症状などお書き下さい（いつから、どのような症状ですか？）

	来院時の体温	℃
	こどもの体重	kg
コロナ疑い（あり・接触者）	コロナワクチン接種	回済（年 月頃）・未

●現在治療中または以前にかかった病気がありますか？

なし あり → 心臓病・高血圧・糖尿病・甲状腺・喘息・前立腺肥大・緑内障・その他（ ）

●現在、飲んでいる薬・使っている薬はありますか？

（マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1カ月以内の処方を除き記載を省略可）

なし あり → 薬手帳・薬現物・説明書・（薬品名： ）

●薬品・食物・花粉症やその他のアレルギーがありますか？

なし あり （ ）

●喫煙、飲酒についておたずねします。

飲酒：しない する ときどき 喫煙：しない する ときどき やめた

●女性の方におたずねします。印をつけて下さい。

妊娠の可能性あり 妊娠中 授乳中 前述のいずれでもない

●受診が子ども（15才以下）の場合におたずねします。印をつけて下さい。

接種済の予防接種 ロタ ポリオ 3混DPT 4混DPT+ポリオ BCG B型肝炎 ヒブ
プレベナー 日本脳炎 麻疹風疹 おたふく 水痘 子宮頸がん その他（ ）現在治療中または以前にかかった病気 なし あり → 突発性発疹・麻疹・風疹・おたふく・
みずぼうそう・百日咳・マイコプラズマ・喘息・熱性けいれん・虫垂炎・その他（ ）

●この1年間で健診（特定健診・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は記載を省略可）

いいえ はい（受診時期：__月__日 指摘事項__）

●マイナ保険証による診療情報取得について

いいえ 同意する 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。
また正確な情報を取得・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。

■医療情報取得加算

- ・マイナ保険証を利用しない場合 初診時 加算1 3点
- ・マイナ保険証を利用する場合 初診時 加算2 1点