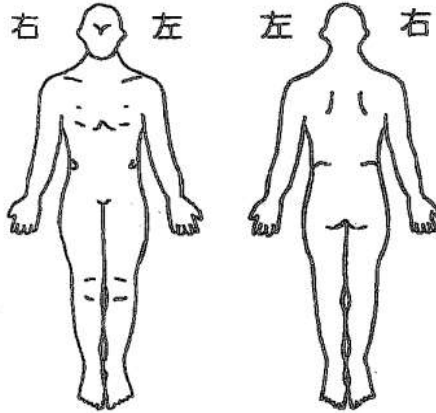


おたずね

| | | | |
|------|-------|------|-------------|
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 (才) |
| お名前 | 様 男・女 | 身長 | cm |
| 住所 | 〒 - | 体重 | kg |
| 電話番号 | | 職業 | |

1、具合の悪いところに○をつけて下さい。



- ①いつから
〔 〕
- ②何をして
〔 〕
- ③どこが
〔 〕
- ④どんな時に痛みますか？
〔 〕

⑤当院に来られるまでに、他の病院・医院で何か治療をしましたか？

〔 〕

2、アレルギーはありますか？

- ある** 〔 薬 注射 〕 **なし**
〔 食品 その他 〕

3、現在、治療中の病気はありますか？

- ある** 〔 病名・病院名 〕 **なし**

4、いま、飲んでいる薬はありますか？

- ある** 〔 薬剤名 〕 **なし**

5、今までに大きな病気や、手術をしたことはありますか？

- ある** 〔 病名・病院名・いつ 〕 **なし**

6、この1年で健診（特定健診または高齢者健診）を受診されましたか？

- ある** 〔 受診時期・指摘事項 〕 **なし**

7、女性の方におたずね致します。現在妊娠、又は妊娠の可能性はありますか？

- ある** ・ **なし**

8、当院を通院先に選ばれたきっかけを教えてください。

〔 〕

9、他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

- ある** ・ **なし**

10、マイナ保険証による診療情報所得に同意されますか？

- 同意する** ・ **同意しない**

・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）