

ふりがな		性別	男・女	職業	
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日 歳		
電話	— —	携帯	— —		
住所	(〒 — )				
緊急連絡先	名前		続柄		同居・同居以外( 在住)
	番号 — —		紹介状の有無		

1. 本日は どのような診療 または いつから ・ どのような症状 ですか？

2. 通院中の医療機関はありますか？

はい(医療機関名: )  いいえ

3. 今までにかかった病気・治療中の病気はありますか？はいの方は病名・時期等の記入をお願いします。

はい( )  いいえ

4. 現在、服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳のある方は受付でお預かりします。

はい( )  いいえ

5. この一年で健康診断は受けましたか？

はい(いつ頃: \_\_\_\_\_ / 結果: 異常なし・異常あり 項目 \_\_\_\_\_ )

いいえ(最終健診: \_\_\_\_\_ 年前 / 結果: 異常なし・異常あり 項目 \_\_\_\_\_ )

6. お酒は飲みますか？  飲まない  不定期  週1回  週2~3回  週4~5回  毎日飲む

7. たばこは吸いますか？  吸わない  吸う  やめた ( \_\_\_\_\_ 歳~ \_\_\_\_\_ 歳まで、1日 \_\_\_\_\_ 本)

8. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？  はい( )  いいえ

9. 女性の方に伺います。現在妊娠中・授乳中ですか？  いいえ  妊娠中( \_\_\_\_\_ ヶ月)  授乳中

10. 本日の受付は  健康保険証  マイナンバーカード(以下マイナ保険証)

11. マイナ保険証で受診の方へ、診療情報(服薬歴や健診歴など)を当クリニックが取得することに

同意されましたか？  同意していない  同意した

～ ご協力ありがとうございました ～

当クリニックは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報の取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。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お願い致します。

上記体制により、令和6年6月より医療情報取得加算を算定しております。