

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		
	番号		紹介状の有無		同居・同居以外(在住) あり・なし

1. 本日は 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お願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診料に加算されます) 加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)