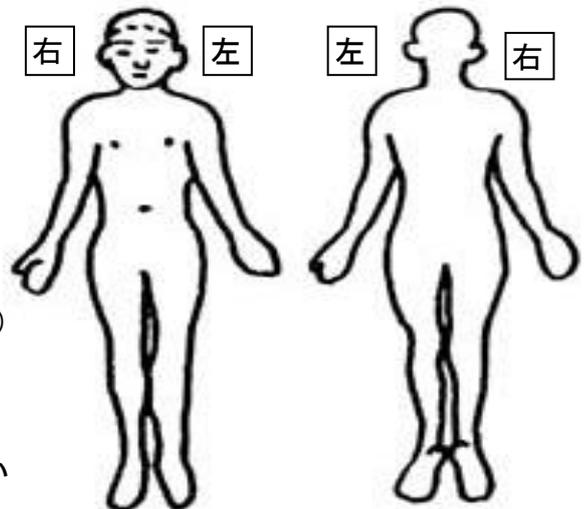


氏名	薬・注射による副作用 無・有 薬品名()		
	アレルギー 無・有 花粉・食物・金属・その他()		
年齢	才	男・女	女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/>
身長	cm	体重	Kg 1ヶ月以内に海外に行かれましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
今までに大きな病気をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()			
今までに手術をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()			
現在内服中の薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無・有			
現在使用中の塗り薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()			
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う	1日平均 ()本	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した ()年前から
お酒	<input type="checkbox"/> 飲む	1日に飲む量()	()回/週 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 禁酒した ()年前から
介護保険の申請	なし・あり	(要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5)
利き手はどちらですか 右 左			
今回の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()			

来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください

- かゆみ
- 痛み
- できもの (赤み 熱感 膿が出る 腫れている)
(切除希望)
- 発赤
- かさつき
- 腫れがある
- ぶつぶつ
- 虫刺され(月 日 時頃) 何に()
- ほくろが心配 (切除希望)
- にきび
- 巻き爪
- シミ ※正確な診断のために、お化粧を落としておいて下さい
- 体の片側だけに発疹と痛みがある
- 強い痛みがあり腫れている(熱感がある)
- 最近飲み始めた薬やサプリがあり、それからの発疹
- 発疹があり息がしにくい
- 痒みを伴う水ぶくれが多数ある
- 水いぼを取りたい
※本日水いぼ摘除希望の場合、診察から終了まで
1時間半～2時間位時間が必要となります
- 2週間以内に、麻疹・風疹・水痘の人と接触した
- 全身に発疹があり、37.5度以上の熱がある
- 2週間以内に疥癬の人と接触した事があり体中が痒い
- その他 右の枠内にご記入ください



〈症状について ご自由にご記入下さい〉

その症状はいつからありますか 月 日頃から

(裏面へ続く)

本日マイナ保険証を利用されましたか	はい・いいえ
はいの方 → 「診療情報取得」に同意されましたか	はい・いいえ
現在、他の医療機関に通院されていますか	<input type="checkbox"/> 通院なし
<input type="checkbox"/> 通院中(医療機関	受診日 治療内容)
この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受けられましたか	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	* マイナ保険証による情報取得に同意された場合省略可能

2024.6

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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
初診時には医療情報取得加算がかかります。加算1:3点 加算2:1点
(加算2はマイナ保険証による診療情報取得に同意された場合 又は 他院からの紹介状を持参された場合)