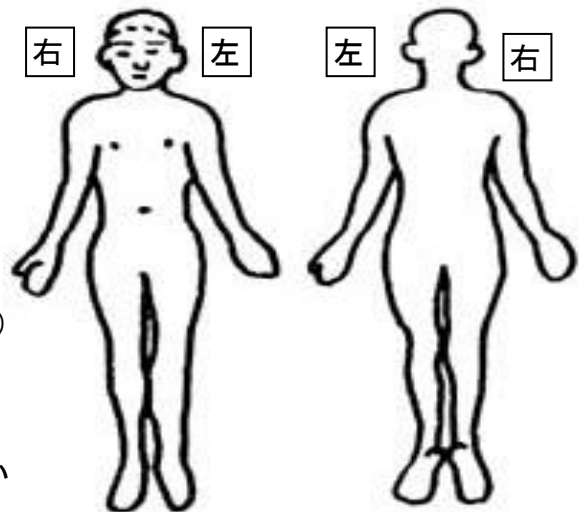


|  |                             |           |   |
|--|-----------------------------|-----------|---|
| 氏名   | 薬・注射による副作用 無・有 薬品名( )       |           |   |
|  | アレルギー 無・有 花粉・食物・金属・その他( )   |           |   |
| 年齢   | 才                           | 男・女       | 女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠している <input 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)