

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
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	
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

※ 以下の該当する項目に☑を入れ、必要事項をご記入ください

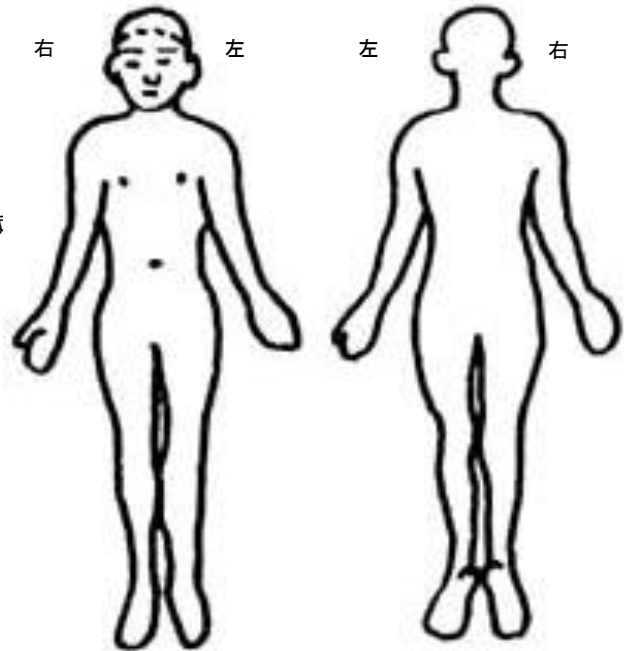
1 診てほしいところはどこですか

右の絵にしるしをつけてください

右 左 左 右

2 どうされましたか？具体的にお書き下さい

(例：できもの、ケガ、傷あと、やけど、色や形の変形、床ずれ、骨折など)



月 日 頃から

3 写真を研究用に使用させていただいてもよろしいですか？

はい いいえ

4 携帯電話(本人)もしくは日中つながる連絡先

電話番号()

◎緊急のご連絡が必要な際、お電話をしてよろしいですか？

はい いいえ

(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 通院なし

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 (40才以上の方のみ)

いいえ 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)