

フリガナ		診察券番号 :		
氏名		生年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日		
住所 〒 -		年齢	性別 (男 ・ 女)	
携帯	自宅	身長 cm	体重 kg	体温 ℃

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

医療情報取得加算

マイナ保険証提示なし/提示しても診療情報提供に同意しない場合 (初診) 3点 (再診) 1点 (3月に1回)

マイナ保険証で診療情報提供に同意された場合/他院からの紹介状をお持ちの場合 (初診) 2点 (再診) 1点 (3月に1回)

- ・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 する しない
- ・紹介状はありますか あり なし
- ・現在の症状

泌尿器の症状がありますか？

あり→具体的な症状・経過をお書きください。排尿症状 (尿が近い、出にくい、もれる等)がある場合は、2枚目の“排尿アンケート”の記載もお願いします。

なし→今日はどうされましたか？

いつから どのような症状

・性病検査希望 する しない

・今までかかった病気

なし あり→病名、かかったときの年齢をお書きください。

高血圧 (歳) 糖尿病 (歳) 脂質異常症 (歳)

喘息 (歳) 緑内障 (歳)

脳梗塞 (歳) 心筋梗塞 (歳) 癌 () (歳)

その他の病気

・現在どちらかの病院・クリニックに通院していますか

いいえ はい (医療機関名) (診療科)

・今まで行った手術

なし

あり→手術内容、行ったときの年齢・医療機関名をお書きください。

・この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか。

※マイナ保険証提示の方は記載不要です。

受診時期は 今年・去年・() 年前・受けていない・(40歳未満) 該当なし

・現在、飲んでいる薬

※マイナ保険証提示の方は1ヶ月以内に新しい処方があれば記載不要です。

なし

あり→お薬手帳を持参 している (受付にお出し下さい)

していない→薬剤名をお書きください

・アレルギー

なし

あり→アレルギーの原因 (食物名、薬剤名等) をお書きください。

・ 家族 (血縁のある方) で“がん”になった人

いない いる→ (乳がん、胃がん等) になったかをお書きください。

父 () 母 () 兄弟姉妹 ()

・ 喫煙歴 なし あり

やめた→やめるまでの間、1日の本数、喫煙年数をお書きください。

・ ___本/日 (___年間)

現在喫煙中→1日の本数、喫煙年数をお書きください。

・ ___本/日 (___年間)

・ 飲酒習慣 なし

あり→ _____ mL/日 _____ 回/週

当てはまるものに  をつけてください。

ビール ・ チューハイ ・ ハイボール ・ 日本酒 ・ ワイン ・ その他 (

・ **(女性の方のみ)** 現在、妊娠している可能性 なし あり

・ 当院をお知りになったきっかけ・・・ホームページ/通りがかり/他医からの紹介/看板/知人からの紹介/チラシ/その他 ()