

はじめて来院された方へ

フリガナ 氏名		男 ・ 女	生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日生
住所			電話番号	自宅 携帯

- ◆ マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)をお持ちですか? (・はい ・いいえ)
- ◆ マイナ保険証による診療情報(受診歴・薬剤情報・特定健診情報等)の取得について (・同意する)
(・同意しない)

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いたします。

身長： _____ cm 体重： _____ kg

- ◆ 本日はどうなさいましたか。(具体的にお書きください)

-
- ◆ いつ頃からですか? (_____ 日から) (_____ 日前頃から)
 - ◆ 上記の症状で他の病院を受診されましたか? (・はい)▶紹介状はありますか? (・はい ・いいえ)
(・いいえ)
 - ◆ 今まで大きな病気、外傷あるいは現在治療中の病気がありますか?
(・はい)→どんな病気、ケガでしたか? (_____)
いつ頃 (約 _____ ヶ月前/約 _____ 年前)
現在治療中の病気 (_____)医療機関 (_____)
(・いいえ)
 - ◆ 現在飲まれているお薬はありますか?
{マイナ保険証による情報取得に同意した方は直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能です}
(・はい)→どんなお薬ですか? (_____)
(・いいえ)
 - ◆ アレルギーはありますか? (・はい) (薬: _____ 食品: _____ その他 _____)
(・いいえ)
 - ◆ この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか?
{マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載を省略可能です}
(・はい) (受診時期・指摘されたこと等 _____) (・いいえ)
 - ◆ 血圧が高いと言われたことがありますか? (・はい) (・いいえ)
 - ◆ 妊娠の可能性はありますか? (・はい) (現在妊娠中 _____ 週) (授乳中) (・いいえ)
 - ◆ トイレに行く回数が多くありませんか? (昼間8回以上、夜間3回以上) (・はい) (・いいえ)
 - ◆ タバコは吸いますか? (・はい) (1日 _____ 本) (・いいえ)
 - ◆ アルコールは飲みますか? (・はい) (1日 _____ 合) (・いいえ)