

診察の方ご記入下さい

住 所			
フリガナ	性別	☎電話	
氏 名	男・女()	-	
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日生

次の質問にお答えください。

1. 本日は、どのようなことで診察に見えましたか？

2. 当クリニックへ来られたのはどなたの紹介ですか？

病院（診療所）・個人（氏名）・インターネット・特になし

3. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ (はい・いいえ)

4. この1年間で健診(特定健診・高齢者健診)を受診しましたか？ (はい・いいえ)

当院は診療情報の取得・活用により、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1→6点
加算2→2点（マイナ保険証を利用した場合）

1. 今までに大きな病気をしたことがありますか？ (はい・いいえ)

はいの方は、どんな病気ですか？ ()

2. 注射や薬で、蕁麻疹やアレルギーが出たことがありますか？ (はい・いいえ)

はいの方は、何で出ましたか？ ()

3. 現在、薬や注射を続けていますか？ (はい・いいえ)

はいの方は、何を続けていますか？ ()

女性の方へ

4. 現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ・わからない)

5. 現在、授乳中ですか？ (はい()ヵ月)・いいえ)