

フリガナ		生年月日
お名前	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳 か月)
ご住所	〒 - 県 市	番地・マンション名
電話番号	※携帯電話推奨 - -	15歳以下の方は体重をご記入ください () kg

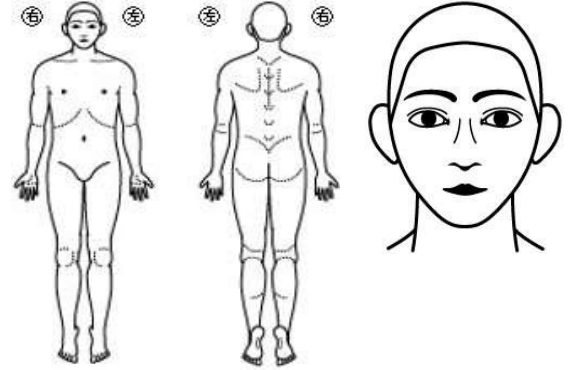
① 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

いいえ・はい

② 本日受診の症状・目的をご記入ください。(部位は右の図にご記入ください)

いつから：

症状・目的：



③ 今回の症状について、今まで治療を受けたことはありますか？

いいえ・はい：詳細 ()

④ 現在、他の医療機関に通院していますか？あるいは、持病がありますか？

いいえ・はい：医療機関名 ()

治療内容：高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳疾患 緑内障 喘息 婦人科疾患 精神疾患

くわしい病名 ()

⑤ 現在、常用している薬はありますか？

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1か月以内の処方薬を除き、記載を省略できます。

なし・あり：薬剤名 ()

お薬手帳や薬情の持参：なし・あり…常用の薬がある方はお薬手帳や薬剤情報を受付へ出してください。

⑥ これまでに入院治療や手術を受けたことはありますか？

いいえ・はい：詳細 ()

⑦ この1年間で特定健診及び高齢者検診を受診しましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記載を省略できます。

いいえ・はい：受診時期 ()

指摘事項 ()

⑧ これまでに薬や食物でアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ・はい：詳細 ()

⑨ 感染症と診断されたことはありますか？

いいえ・はい：梅毒 B型肝炎 C型肝炎 HIV その他 ()

⑩ 現在、妊娠中または授乳中ですか？

 妊娠していない 妊娠の可能性がある 妊娠中 (週) 授乳中

⑪ カルテ記録用の写真・動画撮影について同意されますか？

症状記録のため、診療（美容施術含む）の際に、患部の写真・動画を撮影する場合があります。カルテ記録目的以外には使用しません。

同意しない・同意する

⑫ マイナ保険証による診療情報取得について同意されますか？（マイナ保険証利用の方のみお答えください）

同意しない・同意する

当院ではオンライン資格確認を行う体制を有しており、マイナ保険証の利用や問診表等を通じて患者様の診療情報を取得・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、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

● 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

マイナ保険証を利用しない場合：初診時 加算1 6点、再診時 加算3 2点（1か月に1回）

マイナ保険証を利用する場合：初診時 加算2 2点