

ふりがな	性別	年齢	身長	体重
氏名	男・女	歳	cm	kg

交通事故ですか？	はい ・ いいえ	仕事中・通勤中のケガですか？	はい ・ いいえ
----------	----------	----------------	----------

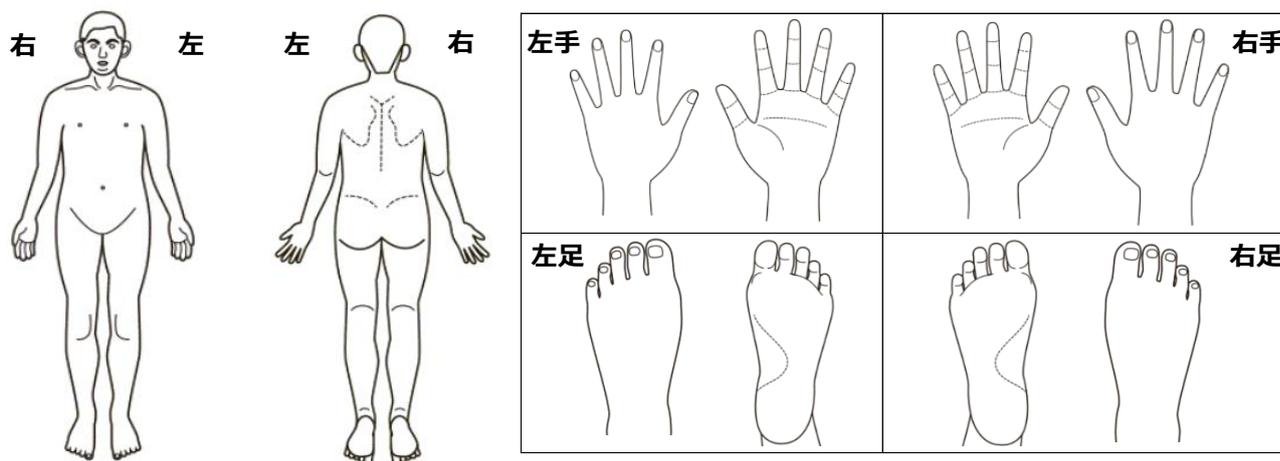
1	マイナ保険証による診療情報取得に同意していますか？	はい ・ いいえ
---	---------------------------	----------

2	今回来院されたケガ、病気は他の病院で診てもらったことがありますか？	はい ・ いいえ
---	-----------------------------------	----------

はいの場合 → 紹介状の持参 (あり ・ なし)
 医療機関名 ()

3	いつから、どのような症状がありますか？
---	---------------------

いつから	月 日 ^{AM} / _{PM}	時頃 ・ () 日前 ・ () 週間前 ・ () 力月前
どこが	部位 () 下の絵に○をつけてください	
症状	痛み ・ しびれ ・ はれ ・ 出血 ・ その他 ()	
原因	転倒 ・ スポーツ ・ 使いすぎ ・ 交通事故 ・ 不明 ・ その他 ()	



4	お薬・食べ物・注射・金属などでアレルギーが起きたことがありますか？	はい ・ いいえ
---	-----------------------------------	----------

はいの場合 → 名前 () ・ 症状 ()

5	現在、治療中の病気はありますか？	はい ・ いいえ
---	------------------	----------

はいの場合 → 糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 高脂血症 ・ 不整脈 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳梗塞 ・ 喘息
 腎臓病 ・ 甲状腺病 ・ 肝炎 (A ・ B ・ C) ・ その他 ()

6	現在、飲んでいるお薬はありますか？	はい ・ いいえ
---	-------------------	----------

はいの場合 → ・ お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。
 ・ お薬手帳をお持ちでない方はお薬の名前をおしえてください。
 薬剤名 ()
 ・ どこでもらっていますか？
 医療機関名 ()

7	今までに病気やケガで入院・手術されたことはありますか？	はい ・ いいえ
---	-----------------------------	----------

はいの場合 → 病名 ()

8	この1年間で特定健診または高齢者健診を受けましたか？	はい ・ いいえ
---	----------------------------	----------

9	女性の方のみ回答 妊娠していない ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中 (週目) ・ 授乳中
---	--

- ◆ 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。
- ◆ 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 ・ (再診時) 加算3 2点
 マイナ保険証を利用し診療情報の取得に同意された場合 (初診時) 加算2 2点