

ふりがな	生年月日		
お名前	昭和 平成		
	令和 西暦	年	月 日 (歳)
ご住所： (〒 ー)		電話番号：	
ご職業：	身長 cm	体重 kg	利き手 (右 左)
マイナンバー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
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか			はい いいえ

1. いつからどのような症状でお困りですか

※仕事中的受傷 交通事故 学校での受傷 の場合は、チェックして下さい

2. 現在、通院し治療している病気はありますか／また、飲んでいるお薬がありますか
※マイナ保険証による情報取得に同意された方は、記載は省略可能です

いつから	病名	病院	内服薬
			あり・なし
			あり・なし
			あり・なし

3. 今までにかかった病気はありますか なし
 糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 脳疾患 腎臓病 緑内障 がん 甲状腺疾患
 脂質異常症 高尿酸血症 精神疾患 喘息 前立腺肥大症 その他 ()

4. 今までに手術を受けたことはありますか あり なし

病名		いつ頃	
病名		いつ頃	
病名		いつ頃	

5. この1年間で健診（特定健診および高齢者検診に限る）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、記載は省略可能です
はい (異常指摘 あり なし) いいえ

6. 薬剤・食べ物などでアレルギーはありますか なし
ある ()

7. 今までに頭部MRIや頭部CTの検査歴はありますか
ある (異常指摘 あり なし) なし

8. 体内に金属がありますか (歯の詰め物：金歯、銀歯などは除きます)
 ペースメーカー ある なし
 その他の体内金属 ある なし

9. 女性の方へ：CTやレントゲン検査、投薬のための質問です
 ・現在、妊娠していますか ・現在、授乳中ですか
はい (妊娠 週) いいえ はい いいえ

診療の情報は、学術目的等の医学発展のために利用させていただく場合がございます。

個人が特定される情報はすべて削除します。ご協力よろしくお願いたします。

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。(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です)

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証(健康保険証と紐付けされたマイナンバーカード)の利用にご協力をお願いします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 <初診時>6点(保険証使用)2点(マイナ保険証使用、紹介状持参)

<再診時>2点(保険証使用)0点(マイナ保険証使用、紹介状持参)