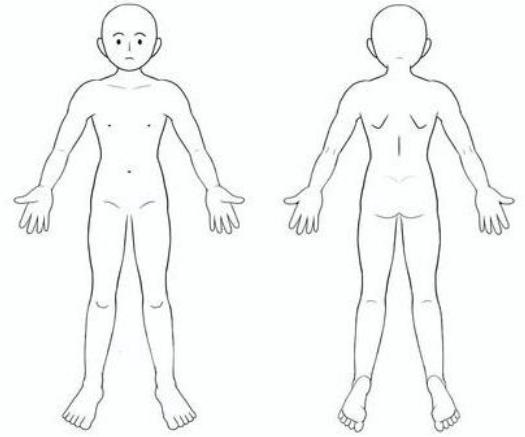


問診票(診察申込書)

年 月 日

| | | | | |
|--------------|---|---|-----------|----------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 | 月 日 |
| 住所 | 〒 | | 電話(携帯/自宅) | |
| 職業 (具体的に) | | 身長 cm | 体重 Kg | 体温 °C |

いつ頃()から、どの部位(印をつけて→)に、
どんな症状がありますか？



その症状に関して治療を受けたことがありますか？

- ある(病院名: 治療法:)
ない

現在、使用している薬はありますか？

- ある()
ない ※お薬手帳をお持ちの場合はお出してください

今までに入院や手術をするような大きな病気にかかったことがありますか？

- ある(病院名: 病名: 治療法:)
ない

これまでに薬や食品などで、アレルギーを発症したことがありますか？

- ある(具体的に:)
ない

[女性の方へ]現在、妊娠していますか？

- 妊娠中(カ月) 授乳中
していない

マイナ保険証(マイナンバーカードの保険証)での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報(服薬歴・健診歴など)を当院が取得することに同意されましたか？

- 同意した
同意していない

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。

※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(従来の保険証)

加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)