

カルテNO.

記入日： 年 月 日

## はじめて来院された方へ

下記の項目について記入または○で囲んでください。

フリガナ		男・女	生年月日		
氏名			大・昭・平・令	年	月
住所	〒		—		電話番号
					自宅： 携帯：

マイナ保険証を使用される場合、診療情報取得に同意されましたか？	はい・いいえ
本日はどうなさいましたか？その症状はいつごろからですか？ 症状： いつから：	
現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？ 医療機関： 治療内容：	はい・いいえ
現在、飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。 ( )	はい・いいえ
過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？ ( )	はい・いいえ
この1年間で健診（特定健診・高齢者健診）を受診されましたか？	はい・いいえ
食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？ (気分が悪くなったり、じんましんが出たりするなど) ( )	はい・いいえ
※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ (・妊娠中 ・妊娠の可能性あり ・授乳中)	はい・いいえ
当院を知ったきっかけ、選んだ理由は何ですか？ ・医療機関からの紹介 ・知人の紹介 ・当院のホームページ ・インターネット ・建物看板 ・自宅、職場、学校から通いやすい ・その他 ( )	

※その他、気になることがある方は医師に申し出て下さい。

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。

◆医療情報取得加算【初診時】加算1：3点 加算2：1点（マイナ保険証を利用した場合）