

ふりがな 氏名		男・女	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日	才
住所	〒 -	電話	( )		
		携帯	( )		

【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】 本日は、どのような症状で来院されましたか？

整形)  痛み  しびれ  腫れ  ペインクリニック

部位： \_\_\_\_\_

皮膚)  発疹  かゆみ  できもの  腫れ  痛み  擦り傷  切り傷  
 やけど  巻き爪  その他 ( )

部位： \_\_\_\_\_

その他)  上記以外 ( )

【3】 上記の症状はいつからですか？ \_\_\_\_\_ 頃から

【4】 原因に心当たりありますか？

特にない  交通事故  転倒した  ぶつけた  ひねった  転落した  
 その他 ( )

【5】 工作中（または通勤途中）通勤途中の受傷ですか？  工作中  通勤途中  どちらでもない

【6】 今回の症状で、他で治療を受けたことがありますか？  ない  ある

あるの方 ⇒ 医療機関名：

【7】 現在、他の医療機関に通院されていますか？  いいえ  はい

はいの方 ⇒ 医療機関名：

処方された薬がありますか？  ない  ある ⇒ お薬手帳  あり  なし

【8】 今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことがありますか？

喘息  高血圧  心臓病  肝臓病  腎臓病  糖尿病  前立腺肥大  
 痛風  緑内障  脳梗塞  その他 ( )

【9】 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？

ない  ある (具体的に： \_\_\_\_\_ )

【10】 現在妊娠していますか？  いいえ  妊娠中 (妊娠 週目)  授乳中

【11】 (15歳未満の方) 体重 \_\_\_\_\_ kg

注：裏面につづきます



【12】 本日は下記いずれをご持参されましたか？

- 健康保険証       マイナンバーカードの保険証（※以下、マイナ保険証）

【13】 マイナ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、検診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

- 同意していない       同意した

【14】 直近1年間で検診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？

※前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。

- 受けていない       受けた      （いつ頃      ：      年      月      ごろ      ）

**ご協力ありがとうございました**

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①4点 加算②2点（マイナ保険証を利用した場合）

