

記入日 : 令和 年 月 日		体温	℃	ID :	
フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平	年齢
お名前			年 月 日		
住所 (〒 - )					
電話		携帯			
緊急連絡先		身長	cm	体重	kg

1・マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？

・はい ・いいえ

2・他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

・はい ・いいえ

3・どのような症状で来院されましたか？

痛い  しびれる  動きが悪い  つっぱる  腫れ  
 介護に関して  その他 ( )

4・その症状はいつからですか？原因等があればご記入して下さい

( )

5・交通事故もしくはお仕事中のケガですか？ ・はい ・いいえ

車同士  人vs車  自転車vs車  自転車同士  人vs自転車  勤務中  通勤途中

6・今までに大きな病気になったり、現在治療中の病気はありますか？

特になし  ある → ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・ぜんそく  
その他 ( )

7・今までに手術を受けた事がありますか？

特になし  ある → ( )

8・現在、服用中の薬はありますか？(お薬手帳をお出してください)

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載省略可能です。

特になし  ある → ( )

9・この1年間で健診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受診されましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記載省略可能です。

はい  いいえ

10・薬や食べ物アレルギーがありますか？

特になし  ある → ( )

11・女性の方のみ) 妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

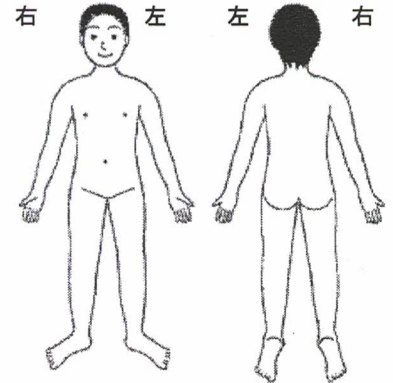
→  いいえ  はい

授乳中ですか？

→  いいえ  はい

12・必要であればリハビリテーションは希望されますか？

・はい ・いいえ



※ 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 4点・加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

※ ご提供頂いた個人情報、医療の目的以外には使用いたしません。