

ふりがな
氏名

男・女 身長 cm 体重 kg

生年月日:大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ()歳 体温 °C

住所 〒

携帯番号 - - 電話番号 - -

- ◆マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意しますか (する ・ しない ・ 持っていない)
- ◆他の医療機関からの紹介状はありますか (あり ・ なし)
- ◆40 歳以上の方へ この1 年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか (はい ・ いいえ)

1. どのようなことで来院されましたか

① いつ頃から
今日の ()時 ・ 昨日 ・ ()日前 ・ ()週間前 ・ ()カ月前 ・ ()年前

② 当てはまる症状を下記から選んで○で囲んでください
かゆい 赤い 湿疹 じんましん 痛い かきつき 水虫 タコ・ウオノメ イボ キズ・ケガ やけど
とこずれ できもの・しこり ほくろ にきび 虫に刺された
その他 { }

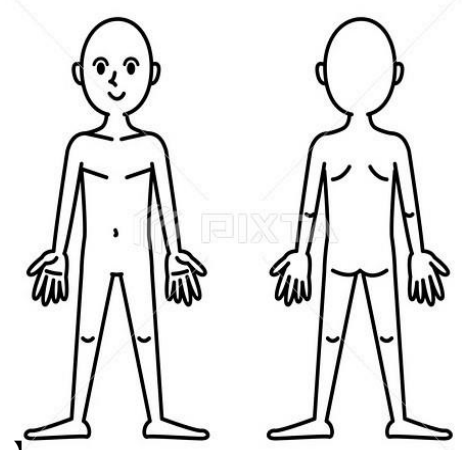
③ どの部位に(診察を希望される場所を右の図内○で囲んでください)

④ このことで何か治療はうけましたか(はい ・ いいえ)

「はい」の方はその内容をご記入ください

{ }

⑤ 家族に同じような症状の方はいますか (いる ・ いない)



2. 現在、他院にて通院中や、治療中の病気はありますか (ある ・ ない)

「ある」と回答された方 病院名【
病名【

】

3. 女性の方へ ①妊娠中ですか (はい[第 週] ・ いいえ) ②授乳中ですか (はい ・ いいえ)

4. ステロイド剤を使用する治療について (絶対に使いたくない ・ 必要に応じて使いたい)

5. 今までに薬や食べ物で副作用がありましたか (ある ・ ない)

「ある」と回答された方は、お薬名または食べ物をご記入ください

{ }

6. 健康食品を含めて、現在飲んでいる薬はありますか (ある ・ ない)

「ある」と回答された方 お薬手帳はお持ちですか (ある ・ ない) お持ちの方は受付にご提示ください
お持ちでない方、電子手帳の方は、お薬名をご記入ください

{ }

7. 今までに下記の病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか

- ・喘息 ・糖尿病 ・心臓病 ・高血圧 ・胃潰瘍 ・肝疾患 ・腎疾患
- ・膠原病 ・緑内障 ・手術 (手術名: いつ頃:)
- ・その他 ()

> 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、マイナンバーカード保険証の利用にご協力をお願いします。
 > マイナンバーカード保険証を利用し、かつ、診療情報取得に同意した方は、以下の診療報酬点数となります。
 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 <初診時>加算2…2点 ※同意のない方や従来の保険証の方は、加算1…6点
 <再診時>加算なし ※同意のない方や従来の保険証の方は、加算3…2点(月1回に限り)