

水ぼうそうや、はしか等が疑われる方はお申し出ください

ふりがな _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 お名前 _____ (男 ・ 女) 年齢 _____ 歳
 体重 _____ kg (お子さんのみで結構です)

- ◆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)

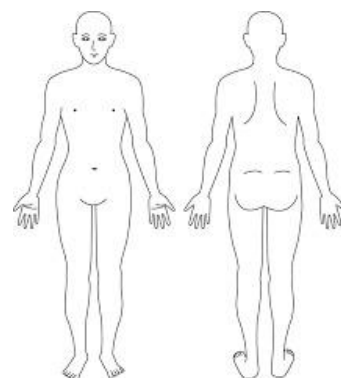
1. 本日の受診理由 (前回と同じ症状 ・ その他【 _____ 】)

2. 現在の症状 湿疹 かゆみ 痛み 腫れ イボ できもの ニキビ
 水虫 じんましん 赤み
 その他 (_____)

症状のある箇所に印をつけてください

3. 前回、処方されて合わなかった飲み薬・外用薬をご記入ください
 [_____]

4. 他の病院で処方されている薬で変更がありましたらご記入ください
 (お薬手帳をご提示ください)
 [_____]



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

6. 前回から今回受診するまでに病院を受診され治療中の場合は、その内容をご記入ください
 [_____]

7. 住所、電話番号の変更がある方はご記入ください
 [_____]

症状や診察状況により順番が前後したり待ち時間が長くなったりする場合がございます

- > 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)