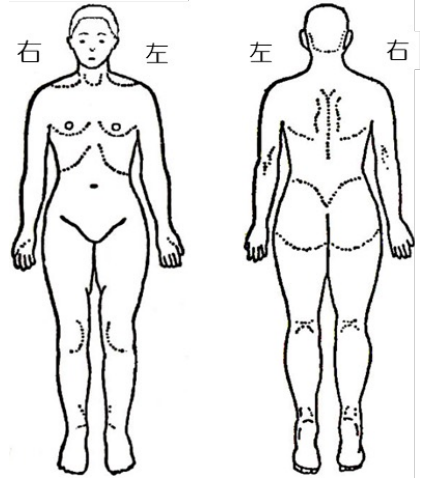


ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日	歳
住所		電話番号		身長
〒	-	携帯() - 自宅() -		cm
				Kg

交通事故ですか？	はい ・ いいえ	工作中・通勤中のケガですか？	はい ・ いいえ
----------	----------	----------------	----------

1	過去14日以内に、37.5℃以上の発熱、または、コロナウイルス陽性になった人と接触しましたか？	はい ・ いいえ
2	マイナ保険証による診療情報取得に同意していますか？	はい ・ いいえ
3	他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？	はい ・ いいえ
4	いつから、どのような症状ですか？	

いつから	月 日 ・ 1週間前 ・ 1カ月前 ・ 他()
どこが	右の絵に○をつけてください
症状	痛み ・ はれ ・ しびれ ・ 他()
原因	転倒 ・ 使いすぎ ・ 不明 ・ 他()



5	現在、治療中の病気はありますか？	はい ・ いいえ
はいの場合→ 【高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 脳疾患 ・ 腎臓病 ・ 喘息 ・ その他()】		
6	現在、飲んでいる薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい）	はい ・ いいえ
はいの場合→ 薬剤名 ()		
7	今までに病気やケガで入院・手術されたことがありますか？	はい ・ いいえ
はいの場合→ 病名 ()		
8	この1年間で健診（特定健診または高齢者健診）を受診しましたか？	はい ・ いいえ
9	薬や食べ物でアレルギーはありますか？	はい ・ いいえ
はいの場合→ 名前 () 症状 ()		
10	介護認定を受けていますか？	はい ・ いいえ ・ 不明
11	今後、当院からのお知らせ（検査・診察・ワクチン情報等）をショートメールやハガキで送ってもよろしいでしょうか？	はい ・ いいえ
12	ケガで来院された方へ 傷害保険・共済保険等を使用する予定はありますか？	はい ・ いいえ ・ 不明
13	女性の方へ	妊娠していない ・ 妊娠中 (週目) ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中

※裏面もご確認ください

ご確認ください

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1 4点
 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（マイナ保険証を利用した場合）

	マイナンバーカード利用なし	マイナンバーカード利用あり
加算1 (4点)	紹介状なし	同意なし
		マイナンバーカード利用の希望あり <ul style="list-style-type: none"> ・マイナンバーカードの破損 ・マイナンバーカードの利用者証明用 電子証明書が失効している
加算2 (2点)	紹介状あり	同意あり
		閲覧できる診療情報なし