

氏名	生年月日	性別
フリガナ	年月日	男女
住所		
郵便番号 -		
電話番号	携帯番号	

① マイナ保険証で受付をされた方にお聞きします。
 マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 はい いいえ

② 従来の保険証で受付された方、①でいいえを選択された方にお聞きします。
 現在、他院での処方があれば記載して下さい。

病名 () 薬剤名 ()

③ 本日の症状について
 主な症状に○をつけて下さい。

熱がある	のどが痛い	咳が出る	痰がからむ
鼻水が出る	頭痛がする	吐き気がする	腹痛がする
下痢をしている	胃が痛い	めまいがする	息苦しい
胸が痛い	体がだるい	食欲がない	頻尿
排尿痛	血圧が高い	じんましんが出た	
その他	()		

④ 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。

はい
 病名 () いつ頃 ()
 いいえ

⑤ 今までに薬や食べ物で発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。

はい
 種類 () 症状 ()
 いいえ

⑥ 女性の方にお尋ねします。

生理はいかがですか。 順調 不順 閉経
 現在妊娠中ですか。 はい()ヶ月 いいえ 妊娠の可能性がある
 現在授乳中ですか。 はい いいえ

※ 他医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付に出してください。
 ※ 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算定の医療機関です。
 (マイナ保険証により薬等情報開示の同意により加算点の変動があります。)