

はじめて来院された方へ

ID:

初診の方には身長・体重の測定、尿検査をお願いしています。

差し支えのある方はお申し出ください。

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日生
お名前	様			
ご住所	〒		ご職業	
電話番号		携帯番号		

- ほかの医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい いいえ
- 本日受診した症状についておたずねします。
(症状の内容:)
(発症時期:)
- 現在、ほかの医療機関に通院していますか？ はい いいえ
(医療機関名:) (受診日:)
(病名:)
- 現在、処方されている薬はありますか？ はい いいえ
(薬剤名:)
- これまで大きな病気にかかったことがありますか？ (入院や手術を要する病気等)
はい いいえ
(病名:)
(時期:) (医療機関名:)
- 健康診断や人間ドックは毎年受けておられますか？ はい いいえ
(指摘事項:)
- ご家族で以下の病気にかかった方はおられますか？ はい いいえ
高血圧 高脂血症 糖尿病 狭心症/心筋梗塞 脳卒中(脳血栓・脳出血・くも膜下出血)
がん(部位:) うつ病
- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？ はい いいえ
(症状:)
- 喫煙や飲酒の習慣はありますか？
喫煙・・・なし あり:1日約 本
飲酒・・・なし あり:1週間 回
- 現在、妊娠中または授乳中ですか？ (女性のみ) はい いいえ
- マイナ保険証による診療情報取得について 同意する

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(初診時)

加算1 6点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

みつば会総合クリニック