

フリガナ

お名前 (男・女) 大・昭・平・令 年 月 日

お電話番号 自宅 () - 携帯 - -

ご住所 〒

①本日来院されるきっかけとなった、気になる症状を教えてください

その症状は、いつ頃からですか？

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

② 現在、治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

通院中の病院名：

病名：高血圧・コレステロール・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・喘息・脳卒中・前立腺肥大・
緑内障・がん ()・その他 ()

③ 服用中のお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

本日お薬手帳はお持ちですか？

 はい (紙のお薬手帳 ・ 電子お薬手帳) いいえ お薬の名前を教えてください ()

④ お酒は飲みますか？ (飲む ・ 飲まない)

⑤ タバコは吸いますか？ (吸う ・ 吸わない ・ 以前吸っていた)

⑥ 今までに、食べ物、薬品等でアレルギーを起こしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方 薬品・食べ物等の名前 ()

⑦ 女性の方にお尋ねします

(診察上、レントゲン撮影や薬との兼ね合いがありますので、お聞かせください)

妊娠中ですか？ (いいえ ・ はい / 予定日 年 月頃 ・ 妊娠可能性あり)

授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)

★裏面の記入もお願いいたします★

- ⑧ この1年間で特定健診および後期高齢者健診を受診しましたか (はい ・ いいえ)
- ⑨ 領収書とは別に詳しい医療費明細書の発行は必要ですか (はい ・ いいえ)
- ⑩ 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)
- ⑪ 本日、当院を受診された理由がありましたら教えてください。(複数回答可)
- いつもかかっている
 - いつもの医療機関が休診だった (病院名:)
 - 症状が改善しない
 - 生活環境が変わり、通院が難しくなった
 - 他の医療機関から変わりたい (病院名:)
 - 近所だから
 - その他 (
- ⑩ 差し支えなければ当院を知ったきっかけを教えてください(複数回答可)
- 家族・友人・知人が通っている
 - 近所だから
 - 看板を見た
 - 当院のホームページを見た
 - 蒲郡市からの健診・ワクチン案内
 - Facebook ページ
 - 以前通院していた

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①4点 加算②2点(マイナ保険証を利用した場合)

★ご協力ありがとうございました★