

初診申込書

記入日 年 月 日 ID()

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 昭和	()歳	<input type="checkbox"/> 女性
ご住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			
		ご職業			

1. 本日は、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. 受付でどのタイプの保険証を提出されましたか?(マイナ保険証・従来タイプの保険証・医療券等)
3. 2で「マイナ保険証」を選ばれた方のみに質問です。

- ① 「薬剤情報」の閲覧について、「同意する」を選択されましたか?...(はい ・ いいえ)
- ② 「特定健診情報」の閲覧について、「同意する」を選択されましたか?...(はい ・ いいえ)

4. この1年間で、*「特定健診」「高齢者健診」を受けたことがありますか?...(はい ・ いいえ)
(*40歳以上の方が受ける健診のことです(メタボ健診ともよばれます)

5. お困りの症状は何ですか?	その症状はいつ頃からですか?→()頃から					
6. 現在通院中の病院がありますか?	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ					
	↓ ある方は、以下に全て記入してください					
	年齢	病名	治療法	年齢	病名	治療法
	歳			歳		
歳			歳			
現在、内服しているお薬を記入してください。スペースが不足する場合は裏面もご利用ください。(マイナ保険証で情報提供された方・お薬手帳を提出された方は不要です)						
7. 過去に、入院・手術・長く通院された病気・ケガがありますか?	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ					
	↓ ある方は、以下に全て記入してください					
	年齢	病名	治療法	年齢	病名	治療法
	歳			歳		
歳			歳			
8. お薬・食べ物にアレルギーがありますか?	お薬 <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない					
	食べ物 <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない					
9. 女性のみお答えください。	*現在、妊娠していますか? <input type="checkbox"/> はい(週目) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない					
	*現在、授乳中ですか? <input type="checkbox"/> はい(お子さん 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> いいえ					

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時)