

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日(歳)
住所 〒	電話	
マイナ保険証による診療情報、(過去のお薬の情報)の取得に同意しましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
他の医療機関からの紹介状を持っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

いかがなさいましたか。 腹痛 胃痛 咳 熱がある 頭痛 めまい (その他 :)	今の体温 ℃
いつ頃からの症状ですか。 年 月 日 前から 時々	
今まで大病経験がありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名() いつ頃() 治療された病医院名()	
現在、他の病気などで病医院に通院されていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病医院名() 病名()	
現在、服用中のお薬はございますか。(マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は、省略可能です。) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬品名 ()	
薬を使った時の副作用はございますか。(ある方は、薬品名に○をつけてください) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ピリン剤 ペニシリン剤 ヨード剤 局所麻酔剤の過敏症 その他の薬品名()	
体質について。経験のある方は、 <input checked="" type="checkbox"/> または○をつけてください。 <input type="checkbox"/> じんましんがおきやすい <input type="checkbox"/> 特異体質と言われたことがある(アトピー性皮膚炎 食物アレルギー 気管支喘息) <input type="checkbox"/> その他()	
その他、診察を受けるのに参考になることがあればお聞かせください。 これまでに肝炎と言われたことはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> はい(型肝炎) ここ2週間、海外旅行に行かれましたか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(旅行先:)	
女性の方にお聞きします。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(<input type="checkbox"/> ヶ月 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中)	
おいかわ内科クリニックを知ったきっかけは？ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> その他()	

当院では診療情報を取得・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お願いいたします。

◆医療情報取得加算(初診時):1点 (再診時):1点