

初診日： 年 月 日

カルテID			
ふりがな	電話番号：自宅		
氏名：	携帯		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日	年齢： 才(男・女)
住所	〒		
緊急連絡先	電話番号：自宅		
氏名：	続柄 () 携帯		

*紹介状持参されてますか(はい いいえ)

1. 今日は何がお困りで来られましたか？

(いつから、どこが、どの様に悪いですか？時間を追って順序よく症状の記入をお願いします)

2. 現在治療中の病気等あれば全て古い年代順に記入して下さい。

いつ頃から	病名	治療を受けている病院名	薬処方の有無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無

3. 過去にかかった病気・、手術がありましたら全て古い順に記入して下さい。

いつ頃	病名	治療を受けた病院名	手術の有無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無

4. アレルギーについて伺います。これまでに薬(内服薬・注射)で蕁麻疹、吐き気さむけ、けいれんなどのアレルギー症状が出たことがありますか？

(有 ・ 無) → 有りの方は何の薬でどんな症状が出ましたか？

薬品名：

症状：

画像検査(CT・MRI・レントゲン)に関する問診

* 過去3か月以内に画像検査を受けたことがありますか。(はい・いいえ)
「はい」と答えた方は、わかる範囲で下記に記入をお願いします。

年 月 日	画 像 検 査	部 位	医 療 機 関

* 女性の方にお聞きします。

現在、妊娠または可能性がありますか。(はい・いいえ)

* お薬手帳 (持参・忘れた・持っていない)

* 本日、マイナ保険証を利用し、診療情報取得に同意されますか(はい いいえ)
「はい」の方は、受付にてマイナンバーカードの処理をお願いします。

★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致します。

★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(マイナ保険証を利用しない場合)

加算2・・・2点(マイナ保険証を利用し、情報収集に同意した場合)