

フリガナ		生年月日:	年	月	日
氏名		年齢:	歳	性別:	男・女
住所	〒				
電話番号	自宅:	-	-	緊急連絡先:	-

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ する しない
2. 他院からの紹介状を持参していますか？ はい いいえ
3. この一年間で市区町村の健康診断を受診しましたか？ はい いいえ
4. 本日の来院目的を教えてください。
- 体調不良、診療 健診目的 診断書作成 予防接種 禁煙外来 介護保険申請  
検査希望 ( ) その他 ( )
5. いつ頃からどのような症状がありますか？
- ( )
- 発熱・倦怠感 頭痛 のどの痛み 吐き気・嘔吐 腹痛 下痢 便秘  
咳 痰 息苦しさ 動悸・胸痛 血圧高値 むくみ 食欲不振 花粉症  
めまい 不眠 関節痛 皮疹 尿症状 その他 ( )
6. 現在他院に通院中、もしくはこれまでにかった大きな病気はありますか？
- なし あり (医療機関名: 受診時期: )
- (ありの方は以下にお答えください、治療内容は覚えていればその他欄にご記入ください)
- 高血圧 糖尿病 脂質異常症 喘息 (咳喘息、小児喘息も含む) 肺気腫 不整脈  
狭心症・心筋梗塞 脳梗塞・脳出血 虫垂炎 (もうちょう) 胃潰瘍・十二指腸潰瘍 緑内障  
腎臓病 がん ( ) アレルギー疾患 整形外科疾患 新型コロナに罹患 (時期: )  
その他 ( )
7. 現在内服中の薬はありますか？
- あり なし (ありの方はわかる範囲でご記入ください)  
( )
8. これまでに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？
- あり なし (ありの方はわかる範囲でご記入ください)  
( )
9. 喫煙歴、飲酒歴について教えてください
- 喫煙歴: 一度も無い 喫煙中 やめた (喫煙中、やめた方: 1日 本 × 歳 ~ 歳 )  
飲酒歴: なし あり やめた (ありの方: 週 日、酒類・量 )
10. 女性の方に伺います
- 妊娠中もしくは妊娠の可能性: なし あり ( カ月)、授乳: なし あり ( 歳 カ月児)

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。  
正確な情報を取得するために、マイナ保険証の利用にも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 (従来型保険証を利用した場合); 6点  
加算2 (マイナ保険証を利用した場合); 2点  
\*医療情報・システム基盤整備体制充実加算(再診時) 加算3 (マイナ保険証を利用した場合); 2点

以下クリニック記載項目

体温 \_\_\_\_\_ 血圧 \_\_\_\_\_

脈拍 \_\_\_\_\_

SpO2 \_\_\_\_\_

紹介状  採血データ CD-R  健診データ