

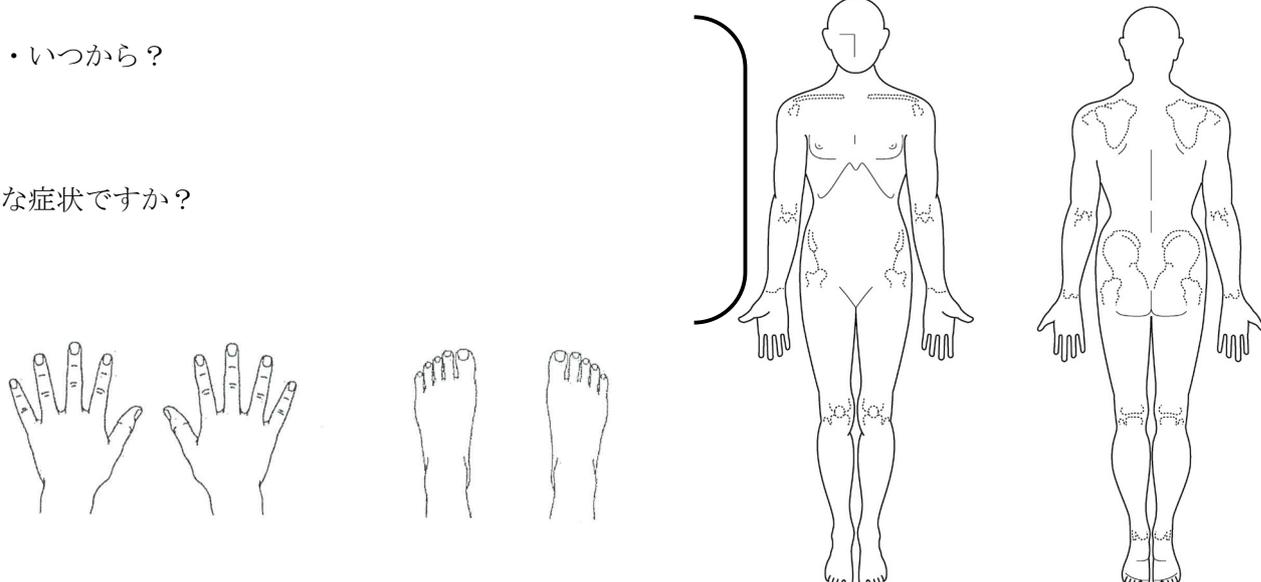
フリガナ _____	生年月日 S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日
連絡の取れる携帯・電話番号 _____	
氏名 _____	
〒 _____	
住所 _____	

- ★マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ
- ★他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい いいえ
- ★お薬手帳をお持ちの方は診察の際に提出ください あり なし
- ★介護保険証をお持ちですか あり なし

1、本日受診した症状と経過・部位（図）についてご記入ください
 ※【交通事故・労災・学校での怪我】の場合は○をしてください。※

原因・いつから？

どんな症状ですか？



2、現在他院で治療されている方は下記を記載ください
 医療機関名： _____ 受診日 _____ 治療内容 _____

3、過去・現在でかかっている病気はありますか？
 ない・糖尿病・高血圧・関節リウマチ・痛風・がん・その他（ _____ ）

4、大きな病気・けが・手術をしたことはありますか？
 ない ・ ある（ _____ ）

5、ペースメーカー、糖尿病のリブレ、ステント等が身体にありますか？
 ない ・ ある（ _____ ）

6、薬・食品等でのアレルギーはありますか？
 ない ・ ある（原因となったもの _____ ）

7、女性の方へ現在、妊娠・授乳中ですか？ （ ない ・ ある ）

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おります。
 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。
 医療情報取得加算加算 ☆マイナ保険証利用 1点 ☆通常の保険証利用 3点