

フリガナ
氏名 _____ 生年月日 大昭平令 年 月 日 (歳)

性別 男 ・ 女 _____ つながりやすい電話番号 (携帯) _____

住所 〒 _____

(未成年の場合) 保護者氏名 _____ 保護者電話番号 _____

保護者住所 〒 _____

① 現在の体温 _____ °C 身長 _____ cm 体重 _____ kg

② 当てはまるものにチェック

妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	妊娠__ヶ月	(医療機関 _____)
授乳の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
現在喫煙の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	過去の喫煙歴	<input type="checkbox"/> あり 喫煙歴____年 <input type="checkbox"/> なし
基礎疾患の有無	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> 免疫抑制の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> その他(_____)		

③ 基礎疾患で現在、服用中のお薬はありますか? はい / いいえ
(マケ保険証にお薬の情報取得に同意されてますか? はい / いいえ)

④ アレルギーはありますか? はい / いいえ
ある方は何のアレルギーですか? (薬 ・ 食物 ・ その他 _____)

⑤ 症状の有無 なし / あり (下に記入)

<input type="checkbox"/> 咳	(月 日から出現)	<input type="checkbox"/> 頭痛	(月 日から出現)
<input type="checkbox"/> 発熱(~ °C)	(月 日から出現)	<input type="checkbox"/> 嘔気/嘔吐	(月 日から出現)
<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	(月 日から出現)	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	(月 日から出現)
<input type="checkbox"/> 呼吸苦	(月 日から出現)	<input type="checkbox"/> 結膜炎	(月 日から出現)
<input type="checkbox"/> 味覚・臭覚異常	(月 日から出現)	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻閉	(月 日から出現)

⑥ その他の症状 あれば書いてください (月 日から出現)

⑦ 周囲にインフルエンザ感染者・コロナ感染者の疑いの方がおられますか? はい / いいえ

⑧ マイナ保険証 (マイナンバーカード保険証紐づけ) による診療情報取得に同意されますか?
はい ⑨へ ・ いいえ

⑨ この一年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診されましたか? (マケ保険証による情報取得に同意した患者さまについては、記載を省略可能)
いいえ ・ はい(受診時期 _____ 頃 指摘事項など _____)

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

マイナ保険証を利用しない場合…初診時 加算 1 1点 / 再診時 (1回/3か月) 加算 1 1点

マイナ保険証を利用する場合…初診時 加算 2 1点 / 再診時 (1回/3か月) 加算 1 1点