

フリガナ	生年月日	明 大 昭 平	年	月	日
お名前	性別	男・女	年齢	歳	体重 kg 身長 cm
ご住所	〒				
自宅	()	携帯	()	(続柄)	

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか はい・いいえ

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか はい・いいえ

今日は、どうなさいましたか？（該当を○で囲んで下さい）	体温	℃
胸痛 発熱 腹痛 鼻炎 嘔気 嘔吐 下痢 全身倦怠感 頭痛 胃痛 咳 痰 のどが痛い 筋肉痛 関節痛 鼻水 鼻づまり めまい 寒気 貧血		
その他 ()		
いつからその症状がでましたか？	今日から・昨夜から・昨日から・	日前から
発熱は、いつからですか？	今日から・昨夜から・昨日から・	日前から ℃
この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか	はい・いいえ	
受診時期：		
指摘事項：		

現在、治療している病気はありますか？	はい・いいえ	(該当を○で囲んで下さい)
・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・緑内障 ・高脂血症 ・脳卒中 ・気管支喘息 ・前立腺肥大 ・痛風 ・胃腸の病気 ・がん (癌) ・その他 ()		
治療している病院名	()	
服用中の薬はありますか？	いいえ・はい (お薬手帳はありますか？はい・いいえ)	
(薬剤名：	()	

これまでに大きな病気にかかった事があるか（入院や手術を要する病気等）	はい・いいえ
病名： _____	時期： _____ 年 月
医療機関名： _____	治療内容： _____

薬のアレルギーは、ありますか？	なし・あり (薬剤名： _____)
食べ物のアレルギーは、ありますか？	なし・あり (食品名： _____)

女性の方のみにお聞きします。	
・妊娠していますか？	(いいえ・はい) 妊娠 週
・授乳中ですか？	(いいえ・はい)

周囲に感染症の方はいらっしゃいますか？
・はい 同居者 () それ以外 ()
・いいえ

ご記入、ありがとうございます。裏面もご確認お願い致します。

○ 当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）であること。

○ マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

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。
 ◆医療情報取得加算（初診時）加算1 3点、加算2 1点（マイナ保険証を利用した場合）