



初診の方へ伺います

ID

1

当院は診療情報を取得・活用することで質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を活用するためマイナ保険証の利用にご協力ください。なお医療情報・システム基盤整備体制充実加算がかかります

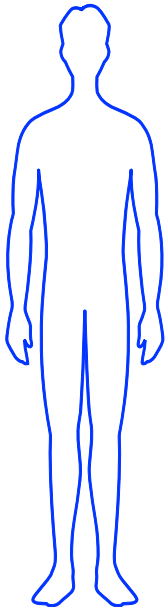
ふりがな：

氏名

男・女・記載しない

生年月日（大正・昭和・平成・令和）

年 月 日（ 歳）



現住所：郵便番号（ - ）

固定電話：（ ）（ ）

携帯電話：（ ）（ ）

マイナンバー保険証による診療情報：同意する・しない

紹介状や健診結果などを持参しているか：なし・あり

現在他の医療機関にかかっているか：なし・あり

（医療機関名）

現在処方されている薬があるか：なし・あり

この1年間で健診を受診したか：受けていない・受けた

紹介者：

*今日はどこがいつ頃から具合が悪くていらしたのですか？

（上の図で示していただいても結構です）

体重 k g

[]

*今までに、大きな病気や手術をうけたことがありますか？

[]

*今までに薬・予防接種・食べ物等で蕁麻疹などのアレルギー症状を起こしたことや、薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？

[]

*女性の方にお聞きします。妊娠している可能性がありますか？

（なし・ある 妊娠（ ）週・可能性はあるが不明）

*その他、お聞きになりたいことがありましたらお書きください。

