～はじめて受診される方へ～

ふりがな	
お名前	
男・女	生年月日　　年　　月　　日（　　歳）
現住所	〒
電話番号	1、（自宅、父、母、祖父、祖母、その他：　　） 2、（自宅、父、母、祖父、祖母、その他：　　） 3、（自宅、父、母、祖父、祖母、その他：　　）
お通いの園、学校、施設：	

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（初診時）
　加算1:6点、加算2:2点（マイナ保険証を利用した場合）

◇マイナンバーカード　有・無　　◇マイナ保険証による診療情報取得に同意する□

◇他の医療機関からの紹介状　有・無

◇本日来院された理由をお聞かせください。（症状の内容、発症時期、経過 など）

◇生まれた時に問題はありましたか？これまでにかかった病気はありますか？
　入院したことはありますか？（病名、時期、医療機関名、治療内容など）

◇他にかかっている医療機関はありますか？（医療機関名、受診日、治療内容など）

◇現在使用中の薬はありますか？（薬剤名、用量、投薬期間など）

◇直近1年間で健診を受けられましたか？指摘されたことはありますか？

◇これまでに薬や食品などで、アレルギーを発症したことがありますか？
　・原因となったもの：
　・症状：

◇現在妊娠していますか？　　いいえ　・　はい（妊娠週数：　　週）

◇当院を何で知りましたか？
　ホームページ、看板、クリニックの近くを通って、知り合いから、医療機関からの紹介