

～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。

◆医療情報取得加算（初診時：月1回 再診時：3ヶ月に1回）

マイナ保険証を利用または他院からの情報提供があった場合 初診時、再診時ともに1点
通常の保険証を利用の場合 初診時：3点 再診時：2点

◇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）

◇生まれた時に問題がありましたか？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過して、知り合いから、医療機関からの紹介