

< 細見医院 初診時間診票 >

記入日: 年 月 日

フリガナ		生年月日: 年 月 日生
氏名		性別 (男・女) 年齢 才
住所	〒	TEL1 ()
		TEL2 ()
緊急時の連絡先(ご家族など) 氏名() TEL ()		

● 本日は下記のいずれを持参されましたか？

- 健康保険証 マイナンバーカード保険証 (以下 マイナ保険証)

● マイナ保険証を持参された方は、あなたの服用歴、健診歴などの情報を当院が取得することに同意されますか？

- 同意しない 同意する

● 直近 1 年間で健診(特定健診や高齢者健診など)を受けられましたか？

- 受けていない 受けた (いつ頃受けましたか? 年 月ごろ)

● 現在 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

- いいえ はい

● 本日来院理由を教えてください

症状:
発症時期・経過:
相談したい内容など:

● 現在、何か加療中の病気、もしくは内服中のお薬はありますか？

- いいえ はい

通院中の病院名、薬の種類、薬剤名などわかる範囲で記入ください(例:高血圧の薬)

※お薬手帳などあれば先にお見せください

● 今まで入院や手術など大きな病気にかかったことはありますか？

- いいえ はい (病名: 時期・内容など:)

● 食べ物や薬などで湿疹などのアレルギー症状がでたことがありますか？

- いいえ はい(具体的内容:)

● 女性の方に…現在、妊娠していますか？ 授乳中ですか？

- いいえ 妊娠中(妊娠 週目) 授乳中

★ 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・システム整備体制充実加算(初診時) 加算が適用されます。(内容は受付に掲示)

スタッフ記入欄 ID _____ マイナ同意: あり・なし _____