

## 初めて受診される患者さんへ

診察時がスムーズに進むよう、必要な情報をお聞きします。かける範囲でお書きください。

記入者：本人・父・母・その他（ ） 令和 年 月 日

フリガナ		男	明 大
氏名		女	昭 平
現住所	〒		
電話番号	自宅	( )	緊急連絡先
	携帯	( )	
		( )	
		氏名： ( ) 続柄： ( )	

- ①本日は付き添いの方はいらっしゃいますか？  
 いない ・ いる (氏名： ( ) 続柄： ( ))
- ②お困りのことは何ですか？(受診された理由)  
 ( )
- ③いつ頃からそのような状態になりましたか？  
 ( )
- ④今までかかった病気はありますか、○で囲んでください  
 高血圧          糖尿病          心臓病          胃・十二指腸潰瘍          肝臓病          脳卒中  
 精神科の病気      喘息          緑内障          その他 ( )  
 入院歴 ( )          手術歴 ( )
- ⑤どこの病院にかかったことがありますか？また、現在受診中の病院を教えてください  
 ( )
- ⑥いま飲んでいるお薬はありますか？  
 ( )
- ⑦食べ物やお薬などでアレルギーが出たことはありますか？  
 ( )
- ⑧嗜好品について  
 アルコール1日 ( ) ・ タバコ ( ) 本/日
- ⑨出生地          県          市
- ⑩最終学歴 (小・中・高・短大・大・専門学校)を(卒業・中退)
- ⑪職歴          現在 ( )          これまで ( )
- ⑫結婚歴          未婚・既婚・その他 ( )
- ⑬家族構成について教えてください。また、同居している家族はどなたですか？  
 ( )
- ⑭利用している制度やサービスはありますか？  
 ( )
- ⑮その他、何かございましたらご記入ください  
 ( )
- ⑯当クリニックをどこで知りましたか、○で囲んでください  
 当クリニックのホームページ      インターネット      当クリニックの看板      新聞・雑誌  
 電話帳      電柱広告      他の医療機関からの紹介      家族・知人からの紹介  
 その他 ( )
- ⑰マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？          はい          ・          いいえ

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。マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

◆医療情報：システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点、加算2 2点(マイナ保険証利用時)