

診察に必要な事柄ですので分かる範囲で記入してください。

令和 年 月 日

氏名

ID

記入不要

1. マイナ保険証による診療情報取得について	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
2. 今の症状について(いつ頃からどのような症状ですか。) ((どのような経過ですか。)))	
3. 現在あるいは、今までに病気にかかったり手術を受けたことがありますか。あれば○で囲んでください。	糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 ぜんそく 胃腸病 結核 リウマチ その他(癌() 手術())
ご家族で上記の病気に該当している方はいらっしゃいますか。	いない	いる () * 病名をお書きください。
4. 現在、医師の治療をうけたり、服用している薬がありますか。	ない	ある () 医療機関名() ※マイナ保険証による情報取得に同意された方は省略可
5. アレルギー疾患、薬や食品によるアレルギーを起こした事がありますか。	ない	ある ()
6. タバコを吸いますか。	いいえ	今も吸っている 本/日 年間 はい 以前吸っていた 歳まで 本/日 年間
7. この1年間で健診(特定検診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか。	いいえ	はい 受診時期 年 月頃 指摘事項() ※マイナ保険証による情報取得に同意された方は省略可
それ以外の健康診断や人間ドックを受けましたか。	いいえ	はい 受診時期 年 月頃 指摘事項()
8. (女性のみ) 現在、妊娠中または授乳中ですか。	いいえ	はい (妊娠 週 ・ 授乳中)
9. 診察、治療に関して、何かご希望がありますか。 (<input type="checkbox"/> 検査をしてほしい。 <input type="checkbox"/> なるべく安くしてほしい。 <input type="checkbox"/> 先発品のほうがいい。 <input type="checkbox"/> 錠剤・ <input type="checkbox"/> 粉薬希望))	
10. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。又はどなたからの紹介ですか。	ない	ある () 御紹介 () 様

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。