

ふりがな		男	生年月日
氏名		女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 ヲ月)
住所	〒 ー	電話番号： 緊急時：	
ご職業		身長	cm 体重 kg

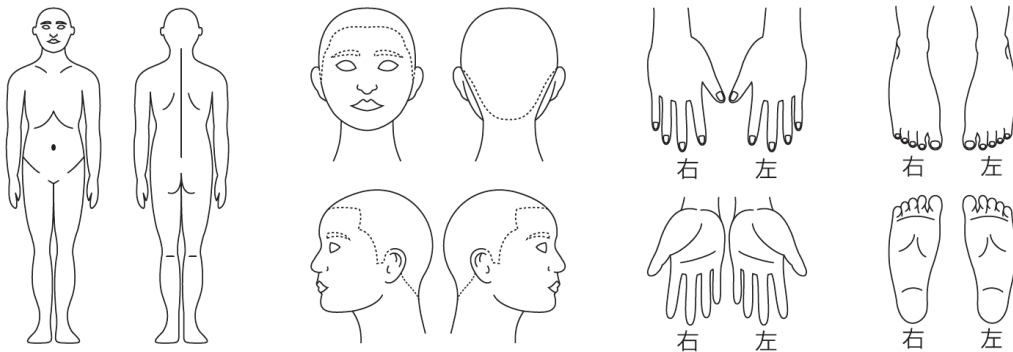
## 1. いつから、どのような症状がありますか？

・いつから：

・症状：かゆい、痛い、かさかさ、赤くなっている、水虫、イボ、ホクロ、きず、虫刺され、できもの、にきび、脱毛、巻き爪、あざ、その他 ( )

・その症状について、過去に治療を受けたこと、あるいは現在受けていますか？ ( はい ・ いいえ )

※『はい』の場合、これまで使用されたお薬をご記入下さい。あるいは診察時にお薬手帳をお見せ下さい。(お薬名 )



## 2. 現在、他に治療中の病気はありますか？ ( はい ・ いいえ )

病名 ( ) 病院名 ( )

お薬 ( )

## 3. 今までに、何か病気にかかったり、治療を受けたことがありますか？

・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎 ・喘息 ・糖尿病 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病  
 ・高血圧 ・胃潰瘍 ・膠原病 ・前立腺肥大 ・緑内障 ・白内障  
 ・手術 ( ) ・その他 ( )

## 4. ご家族の方にアレルギー疾患の方はおられますか？

・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎 ・喘息 ・その他 ( )

## 5. お薬、食べ物などでアレルギー症状などが出たことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

お薬、食べ物の名前 ( )

## 6. 治療のご希望をお聞かせ下さい。

・健康保険の範囲内で治療 ・健康保険外の治療も希望 ・応急処置のみ希望 ・漢方治療を希望  
 ・その他 ( )

## 7. (女性の方に) ・現在、妊娠している、あるいはその可能性がある。(妊娠 週) ・可能性なし ・授乳中

## 8. ご紹介の方がいらっしゃいましたらご記入下さい。

紹介者 ( 様より) 医療機関 ( より)

- |                                    |    |   |     |
|------------------------------------|----|---|-----|
| 9. 本日はマイナ保険証をご使用になられますか。           | はい | ・ | いいえ |
| 10. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。       | はい | ・ | いいえ |
| 11. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか。           | はい | ・ | いいえ |
| 12. この1年間で健診(特定健診、高齢者健診)を受診されましたか。 | 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。

正確な情報を取得、活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願い致します。

◆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(マイナ保険証を利用した場合)

