

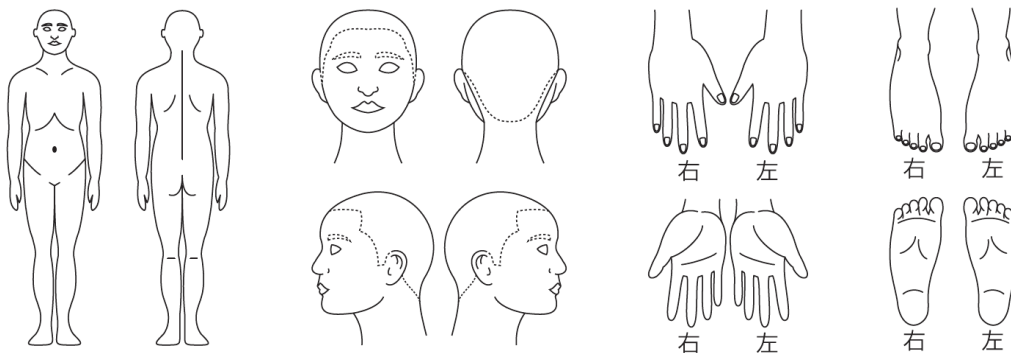
ふりがな		男	生年月日
氏名		女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳 ヵ月)
住所	〒 ー		電話番号： 緊急時：
ご職業		身長	cm 体重 kg

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。

◆医療情報取得加算：初診時：1点 再診時：1点/3ヶ月 (2024年12月2日以降)