

お名前	ふりがな	生年月日	年齢
	男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	歳
ご住所	〒 -		電話番号

1、本日はどうされましたか？ その症状はいつからですか？

体温： _____℃

※来院前・来院時の検温にご協力願います。

※他院からの紹介状はお持ちですか？ （ はい ・ いいえ ）

2、過去にかかった病気や入院・手術歴はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

病名：

3、現在治療中の病気はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

病名：

治療を受けている医療機関名：

4、普段内服されているお薬やサプリメントがあれば、わかる範囲でご記入ください。

薬：

サプリメント：

5、お薬や食べ物などのアレルギーはありますか？ （ はい ・ いいえ ） ※“はい”の方は具体的に記入してください。

6、たばこは吸いますか？ （ はい ・ いいえ ） 1日 本 × 年間 ※禁煙された方もご記入願います。

7、お酒は飲みますか？ （ はい ・ いいえ ）

種類と量：

（例：ビール大瓶 1本を週2 - 3回、日本酒 1合を毎日 など）

8、女性の方にお聞きます。

・妊娠の可能性はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

・授乳中ですか？ （ はい ・ いいえ ）

9、身長・体重を教えてください。 身長： _____ cm 体重： _____ kg

10、当院を知ったきっかけは何ですか？

当院公式ホームページ ・ インターネット {google ・ medical doc ・ その他 (_____)} ・ 駅看板

自宅や職場の近隣 ・ ご家族、知人からの紹介 (_____) ・ その他 (_____)

11、特に医師に知らせておきたいことがありましたらご記入ください。

12、お薬手帳はお持ちですか？ （ はい ・ いいえ ・ 忘れました ）

お薬手帳は必要ですか？ （ 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。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（マイナ保険証で薬剤情報・特定健診情報取得に同意いただいた場合 or 紹介状持参の場合）・