

初診の方へ(内科)

NO. 記入日: 年 月 日

| | | | | | | | |
|------|-----|------|-------|---|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| お名前 | 男・女 | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | 電話番号 | | | | |
| | | | 携帯電話 | | | | |

1. 今日はどうなさいましたか？

2. その症状はいつ頃から始まっていますか？

3. 身長、体重、最高体重をお書き下さい。 はい いいえ
 身長 cm / 体重 Kg / 最高体重 kg

4. ご職業は何ですか？

5. 今までに大きな病気をされた事がありますか？
 (お薬によるアレルギーも含めて、もし合わないものがありましたらお書き下さい。)

6. 輸血歴はありますか？ はい いいえ

7. お酒は飲みますか？ (お飲みになる場合は、種類、量をお書きください)
 なし あり()杯/日・月

8. 常用薬品、常用しているサプリメントはありますか？ (ある場合はお書き下さい。)

はい いいえ

9. 喫煙しますか？ なし あり()本/日 過去に吸っていた

10. 睡眠はよくとれていますか？ はい いいえ→ 眠りにつきにくい・途中で何度も起きる・早朝に目覚める

11. 妊娠あるいはその可能性がありますか？ いいえ はい ()週目
 ・授乳していますか？ いいえ はい (→出産日 年 月 日)

12. 当クリニックを何でお知りになりましたか？
 a) インターネット b) どちらかからの紹介(口頭紹介含む) 紹介者:
 c) 仕事場が近所、家が近い

13. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか はい いいえ

14. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

15. 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい いいえ
 医療機関名: 受診日: 治療内容:

16. 現在、処方されているお薬はありますか？ はい いいえ

※マイナ保険証で情報取得に同意した場合直近の1ヶ月以内の処方薬を除き記載を省略可能です

17. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)受診しましたか？ はい いいえ
 受診時期: 指導事項:

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。
 正当な情報を取得・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…6点 加算2…2点(マイナ保険証を利用した場合)