

マイナ保険証による診療情報取得について 同意する 同意しない

当院に来院されたのは今回が初めてですか？ はい いいえ

フリガナ	(生年月日)			年	月	日
氏名	男・女		年齢	歳		
ご住所 〒	—		cm	kg		
	電話	自宅: ()	—			
	番号	携帯: —	—			

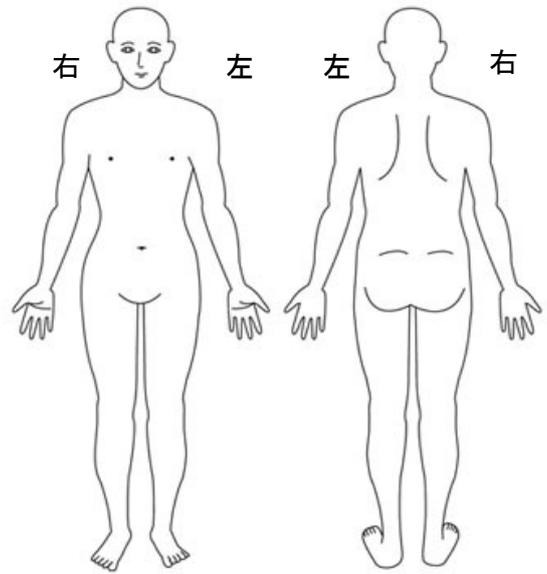
※女性の方のみ 妊娠を している していない 可能性がある

○他医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

○当院以外で通院されている病院はございますか？ はい いいえ

医療機関名:

1. 今日はどうされましたか？
痛い しびれる だるい
傷がある 腫れている
その他



()

2. 症状のある部位はどこですか？
 右の図に○を付けてください。

3. 症状はいつからですか？
 年 月 日 頃から

4. 症状が出たきっかけ・原因がありますか？
交通事故 工作中または通勤中
スポーツ 転倒
その他()

5. 上記の症状で他の医療機関を受診されましたか？
はい 医療機関名() いいえ

6. 今までに大きな病気や入院、手術をしたことはございますか？ はい いいえ
 はいと答えられた方は以下をご記入ください
 病名()
 いつごろ()

7. 現在治療中の病気、かかったことのある病気があればチェックを入れてください
高血圧 心臓病 狭心症 糖尿病 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 ぜんそく 肝炎
腎臓病 前立腺肥大 緑内障 じんましん その他()

8. 薬や注射による副作用ありますか？ はい() いいえ

9. アレルギーはありますか？ はい いいえ
アトピー 鼻炎 喘息 その他()

10. 現在服用されている薬はありますか？ はい いいえ(当院・他院) お薬手帳持参 あり・なし
 お薬名()

11. 血液サラサラの薬を服用されていますか？(ワーファリン、バイアスピリンなど) はい いいえ

※裏面へ続く

12. この1年間で検診(特定検診及び高齢者検診に限る)を受診されましたか？

(マイナ保険証による情報取得に同意された方は、記載不要です。)

はい いいえ

※はいと答えた方は受診時期、指摘事項を可能な限りご記入ください。

(受診時期: 年 月 日)

(指摘事項:)

※下記の1～4の検査は保険適用外(患者様全額負担)となります。

ご希望される方のみチェックをお願いします。

1. 血管年齢測定を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい
2. 肺年齢測定を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい
3. 骨密度検査(骨粗鬆症)の検査を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい
4. 内臓脂肪解析検査を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい

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おります。

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。