

マイナ保険証による診療情報取得について 同意する 同意しない当院へ来院されたのは今回が初めてですか？ はい いいえ他医療機関からの紹介状はお持ちですか？ 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

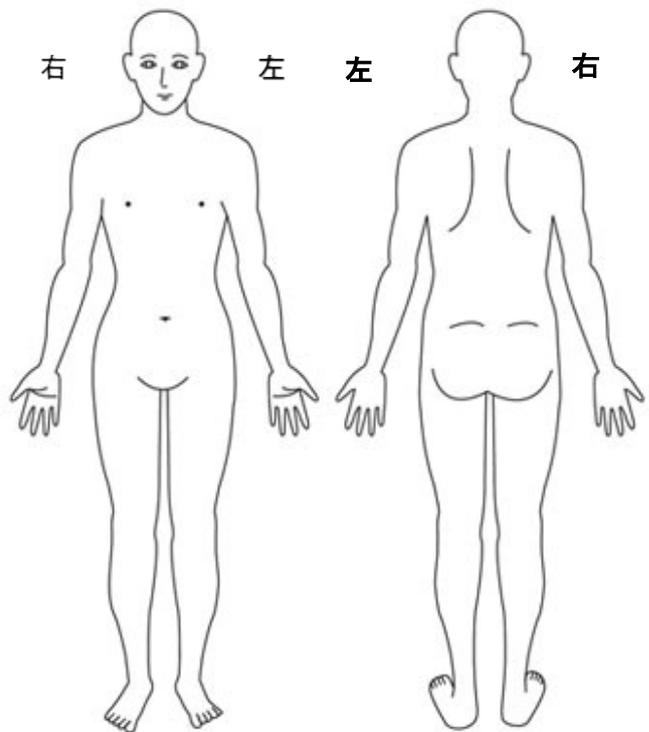
医療機関名：

フリガナ	(生年月日)M・T・S・H 年 月 日		
氏名	男・女	年齢	才
ご住所 〒 —	身長	cm	体重 kg
	電話	自宅：( ) —	
	番号	携帯： — —	

※女性の方のみご記入ください 妊娠している していない 可能性がある 授乳中である

本日の来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください

- かゆみ
- 痛み
- できもの  
(赤み 熱感 膿が出る 腫れている)  
(切除希望)
- 発赤
- かさつき
- 腫れがある
- ぶつぶつ
- 水ぶくれ
- 虫刺され( 月 日 時頃)  
何に( )
- 水虫
- ほくろが心配 (切除希望)
- にきび
- 巻き爪
- シミ
- 水いぼを取りたい
- その他(症状についてご記入ください)  
( )



※症状のある部分に○つけてください

症状はいつからですか？ 月 日頃から

上記の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか？ いいえ はい( )現在内服中の薬はありますか？ いいえ はい(当院・他院)⇒お薬手帳持参 あり・なし血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？ いいえ はい 薬名( )現在塗っている薬はありますか？ いいえ はい薬・注射による副作用はありますか？ いいえ はい( )消毒や湿布などでかぶれた経験はありますか？ いいえ はい( )アレルギーはありますか？ いいえ はい( )今までにかかった大きな病気・治療中の病気がありますか？ はい いいえ今まで腎臓が悪いと言われたことがありますか？ はい いいえ

※裏面へ続く

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。