

初診及び再診問わず、こちらの用紙を記入の上、受付に順番にお並びください。※健診は除く

ID

お名前

マイナンバー保険証による質問事項です。必ずご回答ください。

- 1) マイナ保険証による診療情報提供取得に同意しましたか？  はい  いいえ
- 2) 他医療機関からの紹介状をお持ちですか？  はい  いいえ
- 3) 現在、他の医療機関に通院していますか？
- はい 【医療機関名： \_\_\_\_\_ / 治療内容： \_\_\_\_\_】  いいえ
- 4) この1年間で特定健診・高齢者健診を受診しましたか？
- はい 【受診時期： \_\_\_\_\_ 月頃 / 指摘事項： \_\_\_\_\_】  いいえ

【医療情報取得加算について】

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いたします。

マイナ保険証にて資格確認：加算点数 初診1点（月に1回）・再診1点（3ヶ月に1回）

健康保険証にて資格確認：加算点数 初診3点（月に1回）・再診2点（3ヶ月に1回）

以下項目に該当する方は、診察の前に以下の該当する項目のみご記入お願い致します。

●いつ頃からどのような症状がありますか

.....

.....

●小学生以下の方はご記入ください。

●お薬の形状の希望がある方はチェックください。

体重 \_\_\_\_\_ kg  粉末  錠剤  シロップ  漢方

●薬や食べ物に対するアレルギーがありましたら記入ください。

●今までに大きな病気にかかったことがありましたら記入ください。

●（女性の方のみ）該当する方はチェックください

妊娠中  妊娠の可能性あり  授乳中

●その他、ご要望がありましたら記入ください

現在お薬を服用中の方は診察室にて医師にお伝えください。また、お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、診察室にてご提出願います。