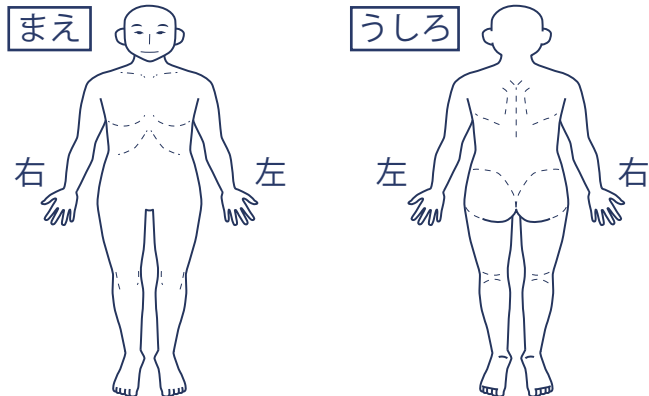


ふりがな		生年月日	
氏名	男 ・ 女	年 月 日	(歳)
住所 〒 -			
電話番号※		緊急連絡先	
※当院より診療案内のお電話をおかけする場合がございます。電話番号が変更された際にはスタッフまでお申し出下さい。			

下記の質問にお答え下さい。 当てはまる所に○で囲んで下さい。

- 「当院の個人情報の取扱いについて」の記載内容に同意をお願い致します 同意する
- マイナ保険証による診療情報取得に同意をお願い致します 同意する
※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和4年9月上旬現在の状況
- 本日、何科をご希望ですか？

整形外科	リハビリテーション科	内科
------	------------	----
- お仕事を教えてください () 例：事務職等
- 現在、他の医療機関にかかられていますか？ (はい いいえ)
- 現在、治療している病気、飲んでいる薬があれば教えてください
病名 () お薬の名前 ()
- お怪我（外傷）ですか？ (はい いいえ)
「はい」の場合当てはまるものを○で囲んで下さい・・・交通事故 工作中 通勤途中
- 診察ご希望の場所を○で囲んで下さい
その他 ()



- いつからですか？
- どのような症状で、思い当たる原因があればお書き下さい

※必ずご記入をお願いいたします

- ①現在、妊娠中または授乳中ですか？ (はい いいえ) (妊娠中 授乳中)
- ②何人でお住まいですか？ (人)
- ③ペースメーカー等、体内に金属は入っていますか？ (はい いいえ)
- ④介護保険の認定は受けていますか？ (いいえ はい → 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
- ⑤下記の中で過去にわずらったご病気がありましたら○で囲んで下さい
心疾患 脳血管障害 喘息 アレルギー疾患 緑内障 腎障害 がんの既往
感染症 (B型肝炎、C型肝炎など) 糖尿病 前立腺肥大 その他 ()
- ⑥当院は何でお知りになりましたか？ (複数回答可)
通りがかり 紹介 (医療機関・接骨院・家族・知人) チラシ 上溝の看板 病院ナビ Google マップ
タウンニュース ホームページ→検索された際のキーワード ()

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。
◆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)