

お名前  
(カタカナ)\*診察券のない方は診療申込書もご記入下さい  
\*介護保険被保険者証をお持ちの方はご掲示下さい  
\*高校生以下の受診は保護者同伴が必須です

↓ 受診希望する科に○をつけて下さい (診療科ごとに記載です)

内科

(中学生以上)

耳鼻科

整形外科

皮膚科

(小学生以下の方)

◎体温 \_\_\_\_\_ °C

◎体重 \_\_\_\_\_ kg

(高校生以下の方)

◎同伴者はどなたですか  父母  その他 ( )

全員ご回答下さい

本日より5日以内に

① 37.5度以上の発熱  なし  あり② コロナウイルスの検査  受けてない  受けた

(上記②の質問で「受けた」の方)

結果 :  陰性  陽性 診断日 : /

1.他の医療機関からの紹介状を持っていますか

 いいえ  はい

2.どのような症状でお困りですか

いつ頃から

症状の原因は  交通事故  工作中・通勤中のケガ  不明  
 その他 ( )

3.現在、他の医療機関に通院していますか

 いいえ  はい → 医療機関名: \_\_\_\_\_

受診日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

治療内容: \_\_\_\_\_

4.現在使用中のお薬がありますか

\*お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい

 いいえ  はい → \_\_\_\_\_

5.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありますか

 いいえ  はい → \_\_\_\_\_

裏面へ

6.この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

いいえ はい → 受診時期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
指摘事項： \_\_\_\_\_

7.今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか

いいえ はい → \_\_\_\_\_

8.喫煙歴はありますか（成人の方のみ）

いいえ 以前は吸っていたが止めた(喫煙歴\_\_\_\_\_年)  
はい \_\_\_\_\_本/日 喫煙歴\_\_\_\_\_年

9.お酒は飲みますか

いいえ はい 週( )回 種類・量(\_\_\_\_\_)

10.女性の方のみご回答ください

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり  
授乳中ですか いいえ はい

11.マイナ保険証による診療情報取得について

あなたの診療情報（副薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

同意する 同意しない

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。

◆医療機能・システム基盤整備体制充実加算

マイナ保険証を利用しない場合・・・初診時 加算1 4点(6点)、（再診時 加算3 2点(1ヶ月に1回)）

マイナ保険証を利用する場合・・・初診時 加算2 2点

( )内は令和5年4月～12月の特例措置による加算点数となります。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出お願いいたします。

R5.10.2更新