

★お薬や検査のことで緊急でご連絡する場合に備え 第二連絡先までの登録にご協力をお願いします

フリガナ		昭和 平成 令和	男	第一連絡先TEL
お名前		年 月 日生	女	第二連絡先TEL
ご住所	〒	ご勤務先 ※必須項目ではございません		

当院での検温

① 症状 または ご来院理由を教えてください・・・▶ 風邪症状の方はこちらに記入ください 度

医師に直接お話しされたい方は口にチェック✓

記入例: 皮膚科にかかりたい/健診で受診すると言われた

- ・ のどが痛い (はい・いいえ)
- ・ 咳がでる (はい・いいえ)
- ・ 痰がでる (はい・いいえ)
- ・ 鼻水・鼻づまりがある (はい・いいえ)
- ・ 体がだるい (はい・いいえ)
- ・ その他の症状があればおしらせください ()
- ・ 家族/同居者が次のいずれかで陽性だった (インフルエンザ・新型コロナウイルス・該当なし)
- ・ 職場/学校で次のいずれかが流行っていた (インフルエンザ・新型コロナウイルス・該当なし)

◆検査結果や紹介状をお持ちの方は 受付へお渡しください

② これまでに入院や手術をする大きな病気にかかりましたか? いいえ・はい▶ 下記わかる範囲で教えてください

いつ頃	医療機関名	病名
治療内容		

③ 薬や食物でアレルギーが出たことがありますか? いいえ・はい ▶ 原因 & 症状を簡単に教えてください

--

④ *女性の方へ ○印で教えてください 妊娠中 / 妊娠の可能性ある / 授乳中 / 左記該当なし

⑤ *12歳未満のお子様は処方薬の計算のために体重を教えてください (kg)

⑥ 現在 他に通院しているところがありますか? いいえ・はい ▶医療機関名と簡単に治療内容を教えてください

--

----- マイナンバーカードで受付、同意された方は以下ご記入不要です -----

⑦ 現在服用中のお薬がありますか? いいえ・はい ▶本日お薬手帳お持ちなら 受付へお預けください

本日お薬手帳をお持ちでない方のみ わかる範囲で薬剤名を教えてください

--

⑧ 1年以内に市区町村の健診を受けましたか? いいえ・はい ▶下記を教えてください

受診月日: 月 日 / 医師からの指導や助言内容:

--

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。当院はマイナ保険証により取得可能な診療情報を利用させていただきます。同意いただけない場合は受付へお申し出下さい。

▲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)