

ID No.

--

初診申込・患者情報確認書

年 月 日

フリガナ		生年月日	性別
受診者本人氏名		明・大・昭・平・令 年 月 日 (満 歳)	男・女
自宅住所	〒 ー		
連絡先	本人携帯		本人自宅
	ご家族①	氏名 続柄	
	ご家族②	氏名 続柄	
	その他	氏名 続柄	

介護保険について

◇無・有 (要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5) ・申請中

◇ケアマネジャー：無・有 ◇サービスの利用：無・有

担当者： 事業所： 連絡先：

日常生活について

◇同居者：無・有 (配偶者・その他：)

◇麻痺：無・有 (部位：)

◇移動方法：自立歩行・杖歩行・松葉杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー

◇身体障害者手帳：無・有 等級 級 種類：

◇特定疾患：無・有 種類：

※受付使用欄

備考		登録者 サイン	
----	--	------------	--

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、マイナ保険証の活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 4点 加算2 (マイナ保険証を使用した場合) 2点

初診問診票

受診者本人氏名

マイナ保険証を使用しますか？	使用する	・	使用しない
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	同意する	・	同意しない
どのような症状が症状で来院されましたか（どの部位が・どのような症状が・いつからあるか） 年 月 日頃から			
他の医療機関を受診している方は、下記にご記入ください 病院名（ ）直近の受診日（ 年 月 日） 治療内容（ ）			
現在の内服薬（マイナ保険証による情報取得に同意された方は直近1ヶ月以内の処方薬を記入してください）			
薬 剤 名	用 量	投 薬 期 間	
		月 日から	日分
これまでに入院や手術をされたり、定期的な通院をされたことはありますか			
年齢	病 名	治 療 内 容	医 療 機 関
この一年間で健康診断をされたことはありますか（マイナ保険証の使用に同意した方は記載省略可） 年 月頃 指摘事項：			
お薬や食べ物でアレルギーはありますか（ 無 ・ 有 ）			
原因となったもの：		症状：	
現在、妊娠中または授乳中ですか（ はい ・ いいえ ）はいと答えた方 妊娠（ 週）			