

ますだ内科クリニック・初診時間診票

カルテNo. _____

フリガナ
氏名

生年月日（西暦）

年 月 日

住所〒

電話（携帯）連絡先

緊急連絡先

（続柄： _____）

マイナ保険証による診療情報取得について

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。
【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】
(初診) 従来の保険証を利用する場合：6点 マイナ保険証を利用する場合：2点
(再診) 従来の保険証を利用する場合：2点 マイナ保険証を利用する場合：加算対象外

【1】今日はどうなさいましたか

<かぜ症状> ・熱がある ・喉が痛い ・鼻水 ・咳 ・痰 ・その他 (_____)
<呼吸の症状> ・息苦しい ・息切れ ・ぜいぜいする ・胸の圧迫感
<その他> (症状： _____)

【2】症状はいつからですか (_____ 頃から)

【3】今までにかかった、病気や手術歴を教えてください

・高血圧 ・脂質異常 ・糖尿病 ・喘息 ・アレルギー ・肝臓病 ・腎臓病 ・脳卒中
・狭心症/心筋梗塞 ・緑内障 ・前立腺肥大・その他 (_____)
・受けた手術 (_____)
・薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか (はい ・ いいえ)
→ はいの場合 (薬の名前： _____ 食べ物： _____)

【4】現在、他の医療機関に通院していますか (はい ・ いいえ)

はい→(医療機関名： _____ 受診日： _____ 治療内容： _____)
現在処方されている薬はありますか (はい ・ いいえ)
※お薬手帳などお持ちの方はお見せください

【5】この1年間で健診を受けましたか (はい ・ いいえ)

はい→(受診時期： _____ 指摘事項あれば内容： _____)

【6】生活歴を教えてください

・結婚歴：(未婚 ・ 既婚 ・ 死別 ・ その他) ・同居の方 (あり ・ なし)
・職歴等： 在職中 (職業 _____) ・無職 ・学生 ・その他 (_____)

【7】たばこは吸いますか

・吸わない ・吸う (1日 _____ 本位 _____ 歳から)
・過去に吸っていた (1日 _____ 本位 _____ 歳から _____ 歳まで)

【8】お酒は飲みますか ・飲まない ・飲む (1回に _____ を、 _____ mL位) (1週間に _____ 回位)

【9】身長・体重を教えてください (_____) cm (_____) kg

【10】その他

- ▶新型コロナワクチンを接種しましたか (はい ・ いいえ)
- ▶新型コロナ感染症にかかったことはありますか (はい：いつ _____ ・ いいえ)
- ▶(女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)