

マイナ保険証を利用しますか？（はい・いいえ）確認ができない場合、保険証の提示をお願いします。		
ふりがな	男 ・ 女	世帯主との続柄
氏名	年齢	職業
	歳	
生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和	携帯電話 ()	
年 月 日	自宅電話 ()	
住所 (〒 -)		
◆本日はどのような症状でおみえになりましたか？		体温 ℃
◆身長 (cm)	◆体重 (kg)	
◆現在、治療を受けている病気はありますか？		
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> その他 ()		
◆今までに大きな病気やケガをして手術を受けたことが有りますか？		
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ ()		
◆食べ物・薬・注射でアレルギー症状（気分不良、発疹）が出たことが有りますか？		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒ (食べ物) (薬) (注射) (その他)		
◆たばこ・アルコールについて		
アルコール <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (ビール 本/日・焼酎日本酒 合/日)		
たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 吸っている⇒ (本/日) (喫煙歴 年)		
◇女性の方にお伺いします		
<input type="checkbox"/> 現在、妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 現在、授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		

当クリニックは診療情報を取得・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。
 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・2点（マイナ保険証利用時）
 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ください。