

診療申込書

年 月 日

ふりがな

氏名

性別 男 女

生年月日 西暦 昭和 平成 令和 年 月 日

住所 〒

電話番号 自宅

携帯電話 本人

携帯電話 ご家族 その他

勤務先

● 他院からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

● 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい いいえ

● これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか

はい () いいえ

● 本日はどうなさいましたか？

頭痛 めまい しびれ 風邪 熱 (度) その他 ()

頭部打撲(仕事・通勤中のお怪我ですか？) はい いいえ

● 当院を何でしりましたか？

知人からの紹介 家族からの紹介 スマホ パソコン その他 ()

● 現在、妊娠中、授乳中ですか？(女性のみ)

はい 妊娠中 週 授乳中 産後 ヶ月

● これまでに入院や手術など大きな病気にかかったことがありますか？

はい (下記記入へ) いいえ

病名:

時期:

医療機関名:

手術名等:

◆ マイナ保険証による診療情報取得にしましたか？ はい いいえ

◆ 現在、処方されているお薬がありますか？ はい いいえ

◆ 本日、おくすり手帳をお持ちですか？ はい いいえ

◆ この1年間で特定健診もしくは高齢者健診を受診されましたか？ はい いいえ

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ねがいたします。

◆ 医療情報取得加算 初診時:1点・再診時(3月に1回):1点

◆ 医療DX推進体制整備加算(初診時)11点

★ 後ほど看護師より詳しい問診がございますのでお待ちください