

ID : _____

はじめて来院された方へ

令和 年 月 日

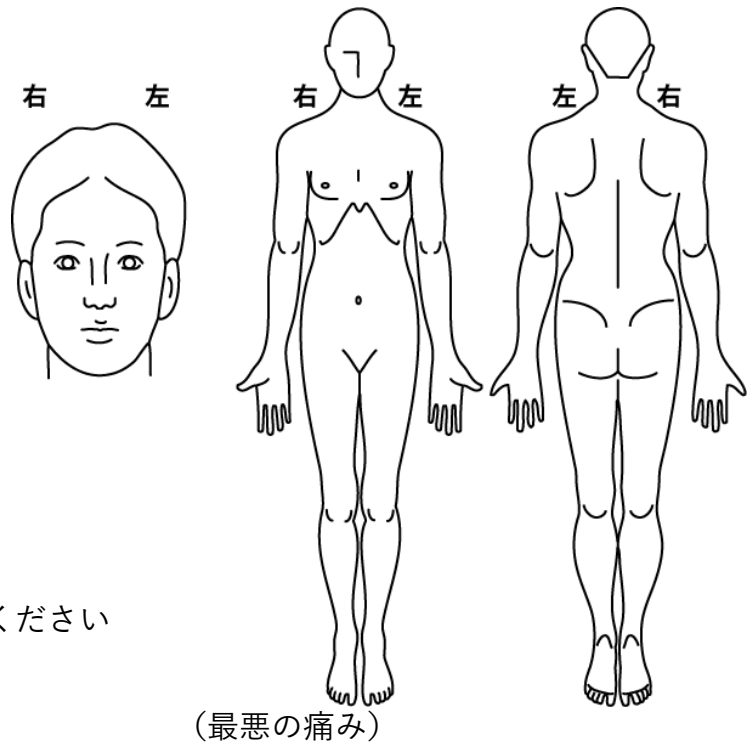
カナ			男 女	大・昭・平・令 年 月 日生			
氏名				年齢	歳	職業	
住所	〒 -			電話 ()			
				携帯電話 ()			
身長	cm	体重	kg	()			

どのような症状がありますか？（当てはまる症状に○を付けてください）

痛み・しびれ・感覚障害・運動障害・その他（具体的に記入してください）

この症状がある場所はどこですか？

右図に記入してください。



この症状はいつからですか？

- ・ 年 月 日ごろから
- ・ () 年前から

症状が痛みの方にお聞きします

あなたの痛みの程度を表す数字に○をつけてください

(痛みなし)

0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

(最悪の痛み)

この症状により日常生活で一番困っていることは何ですか？

この症状に対して何か治療をされたことがありますか？（○を付けてください）

- ・ ない
- ・ ある（ある場合は具体的にいつ、どこで、どのような治療をしたかを記入してください）

<裏に続く>

他の医療機関からの紹介状がありますか？（○を付けてください）

- ・ ない
- ・ ある

（女性の方）現在妊娠中または授乳中ですか？（○を付けてください）

- ・ いいえ
- ・ はい

（40歳以上の方）この1年間で特定健診か高齢者健診を受診しましたか？（○を付けてください）

- ・ いいえ
- ・ はい

現在治療中の病気や、これまでに手術や治療をした病気がありますか？（○を付けてください）

- ・ ない
- ・ ある（ある場合は具体的に記入してください（例）平成15年 狭心症でステント治療 広島市民病院）

現在服用中の薬がありますか？（○を付けてください）

- ・ ない
- ・ ある（ある場合は具体的に記入していただくか、お薬手帳などを見せてください）

薬や食べ物などにアレルギーがありますか？（○を付けてください）

- ・ ない
- ・ ある（ある場合は具体的に記入してください）

血が止まりにくかった経験がありますか？（○を付けてください）

- ・ ない
- ・ ある

あなたがこの症状をよく相談する人はどなたですか？（○を付けてください）

配偶者（夫、妻）・親・子供・その他（ ）

< 次項に続く >

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？（○を付けてください）

- ・はい
- ・いいえ
- ・マイナ保険証を持っていない

当院をどのようにして知りましたか？（○を付けてください）

他院からの紹介・知人からの紹介・通りがかり・チラシ・バスや電車の放送・インターネット
その他（ ）

その他気になることやご希望があればご記入ください

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。

◆ 医療情報取得加算

加算（初診） 1点（月に1回）

加算（再診） 1点（3月に1回）

◆ 医療DX推進体制整備加算 11点（初診）