

# 診 票 (新・初・再)

令和 年 月 日

ふりがな

体温 ( ) °C

氏 名 \_\_\_\_\_ 様 ( 歳)

体重 ( ) kg

身長 ( ) cm

■他の医療機関からの紹介状を持っていますか： いいえ ・ はい

■交通事故によるものですか： いいえ ・ はい

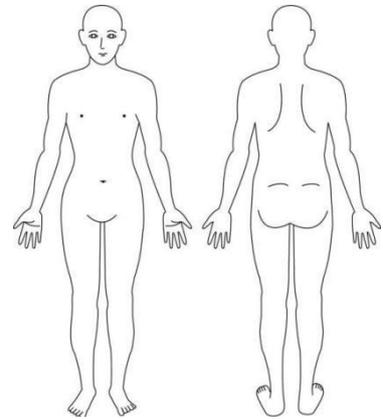
■仕事が原因ですか： いいえ ・ はい

職業 ( )

■どんな症状が：

■いつ頃から：

■思い当たる原因は：



▲症状のある部位を図示してください。

以下の項目について教えてください

■アレルギーはありますか 無 ・ 有

■合わない薬はありますか 無 ・ 有

■現在他の病院にかかっていますか いいえ ・ はい

■普段飲んでいる薬はありますか 無 ・ 有

■サプリメントを使用していますか いいえ ・ はい

■大きな病気をしたことがありますか いいえ ・ はい

■入院をされたことはありますか 無 ・ 有

■手術を受けたことはありますか 無 ・ 有

■この1年間で健康診断を受けましたか いいえ ・ はい

■タバコは 吸わない ・ 吸う ( 本/日 × 才 ~ )

■アルコールは 飲まない ・ 飲む

(何を × どれくらい ml × 日/週)

女性の方へ

■生理中ですか はい ・ いいえ

■妊娠中又は授乳中ですか はい ・ いいえ ・ わからない

左の各項目が〔有〕または〔はい〕の場合、詳細をお書きください。

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 (初診時) 加算13点 加算21点(マイナ保険証を利用した場合)