

予診票

西暦 年 月 日

フリガナ ()

お名前 (男・女) ご職業

()

生年月日 年 月 日 (才)

住民票登録のある 〒 -

ご住所 住所

電話番号 (- -) 携帯電話 (- -)

ほかに居住するご住所、連絡先があればお書きください

〒 -

住所

◆ マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ (はい・いいえ)

◆ 本日はどのような症状で受診されましたか？ いつ頃から始まったのか、またこれまで経過をお書き下さい。

◆ 現在、他の医療機関に通院されていますか？ (はい・いいえ)

通院されている場合は下記にご記入ください。

医療機関名：

受診日：

治療内容について：

◆ 現在使用されている薬はありますか？ (ある・ない)

*お薬手帳をお持ちでしたらご提出下さい。お持ちでない場合や市販薬を服用されている場合はご記入下さい。

*マイナ保険証による情報取得の同意がある場合： 記載を省略できます。(直近1か月以内の処方を除く)

薬剤名：

容量：

投薬期間(最終投薬日を含む)：

◆ これまで入院や手術を要するようなものを含む病気・怪我にかかられたことがありますか？

(ある・ない) ある場合は、下記にご記入ください。

病名：

時期：

医療機関名：

治療内容について：

(裏面へ)

◆ この1年間で特定健診あるいは高齢者健診を受けるか、人間ドックを受けましたか？

(はい・いいえ) 受けた場合は、下記にご記入ください。

*マイナ保険証による情報取得に同意された方は、記載を省略できます。(人間ドックを除く)

受診時期：

正常以外の判定チェックの付いた項目：

◆ これまで、薬や食品などで、気分が悪くなったり体にかゆみがかたりなど、アレルギー症状が出たことがありますか？また、アレルギー体質(食べ物・お薬を含む)、ぜんそく、花粉症などの診断を受けたことがありますか？

(ある・ない) ある場合には下記にご記入ください。

原因となったもの：

症状：

◆ 今まで輸血や手術を受けた事がありますか？

(ある・ない)

生まれてから今までで、麻酔を受けて気分が悪くなったことはありますか？

(ある・ない) ※小さなケガの処置や歯医者さんでの抜歯などで使った麻酔も含む。

◆ 今までに漢方薬を飲んだ事がありますか？(ある・ない・覚えていない)

「ある」と答えた方は、その名前などをお書き下さい。()

漢方薬の処方を希望されますか？(はい・いいえ・わからない)

◆ 女性の方へ 現在、妊娠の可能性がありますか？(ある・ない)

授乳中ですか？ (はい・いいえ)

◆ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ 【中学生以上の方は測定お願いします】

() 家族や知り合いの方から聞いた

() 家が近いので

() インターネットで調べた

血圧・脈	/ .
身長	cm
体重	kg

◆ コロナワクチンは 回接種 しました

※なお、お書き頂いた内容については診療の目的の範囲を超えて利用いたしません。 香取医院

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(初診時)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)