

初診時間診票

記入日 年 月 日

名前() 男・女 生年月日()

住所 (〒)

電話番号()

体温(°C)

① 他の医療機関からの紹介状はありますか？

はい 医療機関名 ()

いいえ

② 本日受診を希望する科

内科 ・ 眼科

具体的な症状について記載してください。

()

③ 現在処方されている薬

あり() なし

④ 薬手帳の形態は次のいずれですか？

薬手帳(受診時持参あり・作成してほしい・自宅にあり・不要)

薬手帳アプリあり

⑤ これまでに入院、手術など大きな病気をしたことがありますか？

はい 病名()医療機関名()

時期()

いいえ

⑥ これまで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

⑦ この1年間で特定健診を受診したことがありますか？(40歳以上の方のみ)

はい 受診時期()指導内容()

いいえ

⑧ 現在妊娠中又は、授乳中ですか？(女性のみ)

はい()・ いいえ

○当医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関)です。マイナ保険証の利用により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証の積極的なご利用をお願いいたします。

久野医院