

# 初診時間診表

令和 年 月 日

患者様の基本情報となりますので正確にご記入くださいますようお願いいたします。  
個人情報当院の規定に従い管理し、目的以外の使用はいたしません。この用紙は記入後、受付にお渡しください。

フリガナ

患者様の氏名 ( ) 生年月日 ( 年 月 日 ) 男・女  
郵便番号 ( ) 住所 ( )  
電話番号 ( ) 緊急連絡先 ( ) 続柄: ( )

本日はいずれをご持参されましたか? 健康保険証 マイナンバーカード (以下、マイナ保険証)

マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。あなたの診療情報 (服薬歴、健診歴など) を当院が取得することに同意されましたか? 同意した 同意していない

直近 1 年間で健診 (特定健診や高齢者健診など) を受けられましたか? ※前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。

受けていない 受けた 健診名: いつ頃: 年 月 頃

現在、他の医療機関に通院し、処方された薬を服用されていますか? いいえ

はい 医療機関名: 受診日: 年 月 頃 治療内容:  
服用している薬剤名: 用量: 投薬期間: 年 月 頃

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? はい (→受付へ提出ください) いいえ

今までに入院や手術をするような大きな病気にかかったことがありますか? いいえ

はい 医療機関名: いつ頃: 年 月 頃 病名:  
治療内容:

本日、どういうことがお困りでこられましたか? (症状の内容、発症時期、経過など)

( )

当てはまる状態がありましたら  をつけてください。

酒 飲まない たまに飲む 毎日飲む (量 )  
たばこ すわない たまにすう いつもすう ( 本 )  
生理 順調 不順 ない / 妊娠中 (妊娠 週目) 授乳中  
食欲 食欲がない おいしくない たくさん食べる わずかししか食べない

あなたの身長と体重は? 身長 cm 体重 kg

これまでに薬や食品等でアレルギーを発症したことがありますか? ない

ある 具体的に ( 抗生物質 ピリン剤 その他: )

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 ※2023 年 4 月より 6 点 加算 2: 2 点 (マイナ保険証を利用した場合)

ご記入ありがとうございました。2 枚目もご記入の上、受付にお渡し下さい。