



職員使用欄	
マ	BT

— 外来受診の方へ —

受付日：

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者様氏名		電話番号	自宅 ( ) -
生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		携帯 ( ) -
ご住所	(〒 - )		
緊急連絡先	お名前：	続柄：	電話 ( ) -

■ 当院の受診は初めてですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	【平成・令和 年 月頃】
■ 他の医療機関からの紹介状はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	【医療機関名】
■ 今日の症状を詳しく教えてください	・いつごろから？ ・症状は？	
■ 他にかかりつけの医療機関はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はいの場合 医療機関名： 病名：
■ 過去入院や手術をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はいの場合 病名： 手術： 時期：
■ 新型コロナウイルス感染症患者との接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	時期：
■ ここ数日の間に発熱がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	【 日前 ℃】
■ 1ヶ月以内に海外渡航しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	時期：
■ アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	ある場合詳しく教えてください（薬・造影剤・花粉症・食べ物など）
■ お薬手帳はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	ない場合お薬名を教えてください（※マイナ保険証による情報取得に同意した方は直近1ヶ月以内の処方を除き省略可）
■ たばこを吸いますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 過去喫煙	1日 本 × 年間
■ お酒は飲みますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	【具体的に（例：日本酒1合/週に2日…等）】

・女性の方は以下の項目にお答え下さい。

■ 妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	わかる場合 妊娠週数：
■ 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

・マイナ保険証についてお答えください。

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
■ この1年間で健診（特定健診・高齢者健診に限る）を受診しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
（マイナ保険証による情報取得に同意した場合は省略可）	
はいの場合	受診時期： 年 月 指導内容：

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）