## 診療申込書

フリ	ガナ									生年	大正	年	月	日
氏	名						様	男	•女	月日	昭和 平成	'	,,	才
住	所	₹		_										
電	話	自宅	(		)	_	拍	帯			_	_	-	

1) 当院では「オンライン資格確認制度」により保険資格を確認します。また「マイナ保険証」で、お薬の情報・特定検診の情報提供に同意をされている場合は、診療上の必要性に応じて情報を取得し活用します。ご了承ください。 「マイナ保険証」を利用しますか ( はい・いいえ )
2) 今日はどのような症状で受診されましたか? 症状のあるところに〇印をつけてください
3) その症状はいつ頃から始まりましたか?
(お怪我の方) → ・お仕事中の怪我ですか (はい・いいえ) ・交通事故での怪我ですか (はい・いいえ) (怪我をした日/事故日 年 月 日)
4 13 20 200
4) 今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか。 □ない □ある→どのような病気ですか・・・( )
体内金属(ペースメーカー、ステント、人工関節、ボルトなど)がある方はお知らせください 口ない 口ある・・・(
5) 血縁のある方に関節リウマチの方はおられますか。 □いない □いる
6) 現在服用している薬がありますか。 ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください □ない  □ある→どのような薬ですか・・・(    )
7) アレルギーはありますか。 □ない □ある→□薬 □食べ物 □その他( )
8) 注射や飲み薬で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか。 □ない □ある→どのような薬ですか・・・( )
9) ケガなどをして血液が止まりにくい体質ですか。 □いいえ □はい
10) タバコは吸いますか。 □吸わない □吸う (1日 本位を 年間) □やめた ( 年前まで1日 本位を 年間)
<ul><li>11) お酒は飲みますか。</li><li>□飲まない □飲む→(種類: 頻度: )</li></ul>
12)女性の方にお聞きいたします。現在妊娠していますか。あるいは妊娠の疑いがありますか。 □ない □ある
13) ご来院のきっかけをお選び下さい。 □家が近所 □会社·学校の近所 □知人の紹介( ) □他医の紹介 □専門医だから □インターネット □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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。 ◆診療報酬の取り決めによる加算のため、保険証の種類により初診料/再診料に差が出る場合があります。