

★オンライン資格確認システムによる患者様情報の活用について★

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン資格確認システムを導入しております。診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めております。正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。令和4年10月1日～厚労省の規定により、マイナ保険証無の場合 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診)：4点 を算定させていただきます。

マイナンバーカード 有・無 マイナ保険証による診療情報取得に同意する

ふりがな		男・女		生年月日	
お名前			歳	大・昭・平・令	年 月 日
ご住所	〒 -			①自宅 (- -)	
				①携帯 (- -)	
身長	cm	体重	kg	← お子さんは必ず体重を記入してください (小・中・高 年生)	

紹介状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	画像データ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
仕事	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 建築・土木 <input type="checkbox"/> 学生(小・中・高・大) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 専門職()		
スポーツ	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> ウォーキング <input type="checkbox"/> マラソン <input type="checkbox"/> 野球 <input type="checkbox"/> バレーボール <input type="checkbox"/> バスケ <input type="checkbox"/> サッカー <input type="checkbox"/> テニス <input type="checkbox"/> ゴルフ <input type="checkbox"/> ()		

今日はどうされましたか？	症状のある場所に○をつけてください
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 動かない <input type="checkbox"/> 違和感がある <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 感覚が鈍い <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症が気になる	
思い当たる原因はありますか？	
<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> ぶつけた、ひねった <input type="checkbox"/> 挟んだ <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災(工作中/通勤中のけが) ※交通事故⇒自損事故ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 事故の日付・時間 月 日 時ごろ	
いつから症状がありますか？	
<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 月 日から <input type="checkbox"/> ()週間前 <input type="checkbox"/> ()ヶ月前 <input type="checkbox"/> ()年前	
既往症	
<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳出血/脳梗塞(まひ 有・無) <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1cの数値:) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 心療内科疾患 <input type="checkbox"/> 障害手帳あり() <input type="checkbox"/> 人工透析 シェント(有・無) 曜日	
手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
(いつごろ: 病名:)	

薬・食物のアレルギー	診断書の希望はありますか
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

この症状で他院を受診しましたか？	<input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 以前受診した <input type="checkbox"/> 今も受診している 病院・医院名 ()
------------------	--

内服薬 なし あり (お薬手帳をお持ちの方で現在飲まれているお薬がある方は必ず提出して下さい)

※お薬手帳をお忘れて、薬の名前が分からない方へ↓

血液がサラサラになる薬 骨の薬 痛み止め 痛風の薬 高血圧の薬 睡眠薬 ()

付き添いの方はいらっしゃいますか？	◆女性の方のみお答えください	◆65歳以上の方のみお答えください
<input type="checkbox"/> はい(関係:)	妊娠中ですか : <input type="checkbox"/> はい (週 日)	介護認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性がある	有の場合 区分()
	授乳中ですか : <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	期間()