



初診申込書

申込日: 年 月 日

フリガナ				男 ・ 女
氏名 name				
生年月日 date of birth	西暦・平成・令和	年	月	日
住所 address	〒			
電話番号 phone number				
体重・身長 weight・height	kg	cm	かかりつけの病院があればご記入ください	
コロナ感染歴	年	月頃	コロナ接種歴	回

本日はどうされましたか？ ★マークは事前に電話予約が必要です

◎発熱 (いつから？ 最高 °C) 咳・鼻水・頭痛・発疹
嘔吐・下痢・腹痛・けいれん・目のトラブル・喉の痛み・皮膚のトラブル
尿の異常・精神的不調・その他症状()
◎夜尿の相談 ◎予防接種の相談
★成長の相談 (身長伸び・体重相談・思春期早発の相談)
★甲状腺の相談 ★アレルギーの相談

◆マイナ保険証で受診する方へ

診療情報(服薬歴など)を当院が取得することに同意されましたか？ はい・いいえ

◇他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい・いいえ

◇現在、他の医療機関に通院していますか？ はい・いいえ
 [病院名:] [受診日:]
 [治療内容:]

◇現在、処方されている薬はありますか？ ◆マイナ保険証での情報取得に同意頂いた方は記入不要です
 [薬剤名:]

◇今までに入院や手術が必要な大きな病気にかかったことがありますか？ はい・いいえ
 [病名・時期:]

◇食品や薬でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい・いいえ
 [原因:]
 [症状:]

◇家族や同じクラスでコロナの発生はありますか？ はい・いいえ

◇その他、周囲で流行している病気があればご記入ください。
 []

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おります。
 正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証のご利用にご協力お願いいたします。

マイナ保険証を利用する方	医療情報取得加算2	初診(月1回) 1点	医療情報加算4	再診(3か月に1回) 1点
マイナ保険証を利用しない方	医療情報取得加算1	初診(月1回) 3点	医療情報加算3	再診(3か月に1回) 2点