

ふりがな		男	職 業
氏 名		・ 女	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生	才 月	
住 所	〒	電話 () -	
		携帯(本人・本人以外:続柄) () -	

ID: _____

※ 当クリニック内においてはお名前でお呼びします。不都合のある方はお申し出ください。

1) どのような症状ですか。それは、いつからですか。(日前 月前 年前)

【膠原病】 関節の痛み 腫れ 変形 発熱 倦怠感 _____

【神経内科】 頭痛 首の痛み 腰痛 手や足のしびれ _____

【内科】 風邪 咳 喉の痛み 痰 鼻水 くしゃみ 花粉症 熱 _____℃ 吐気 嘔吐 下痢 _____

【その他】 禁煙外来 特定健診 一般健診 抗体検査 検査項目: _____

2) 今回の症状について、他の医師の治療を受けましたか。(いいえ ・ はい)

病院名 _____ (紹介状 あり ・ なし)

3) 現在、他に治療中の病気はありますか。(ある ・ ない) 病名: _____

その病気の薬を飲んでいますか。(はい ・ いいえ) 薬名: _____

4) 上記以外に以下の病気にかかったことがありますか。(ある ・ ない)

糖尿病・腎臓病・高血圧・心臓病・肝臓病・悪性腫瘍・喘息・肺炎・結核・血液疾患

その他 _____

5) 今までに手術を受けたことがありますか。(ある ・ ない)

病 名: _____ S.H.R _____年 _____才頃 病院名 _____

病 名: _____ S.H.R _____年 _____才頃 病院名 _____

6) ご家族の方で下記の病気の方がいらっしゃる場合は、ご記入ください。 例:・糖尿病(祖父 母)

・リウマチ・膠原病() ・糖尿病() ・腎臓病() ・高血圧() ・心臓病()

・肝臓病() ・悪性腫瘍() ・喘息() ・結核() ・血液疾患()

7) 薬や食べ物などで、アレルギー症状がでたことがありますか。(ある ・ ない)

薬の名前: _____ ・食べ物の名前: _____

8) 現在妊娠中ですか。(はい ・ いいえ)

9) 現在喫煙をされますか。(いいえ ・ はい) はい・・・(本/日 歳から)

以前喫煙していたことがある・・・(本/日 年間)

10) 飲酒の有無 (有 ・ 無) ・アルコールの種類 _____ ・1日の飲酒量: _____ ml/日 ・週に _____ 回

11) 歯周病の有無 (有 ・ 無) 有・・・(治療中 ・ 未治療)

12) 当院をどのようにお知りになりましたか。

・紹介状あり ・医療機関口頭紹介(医師・看護師) ・家族 ・知人 ・ホームページ ・電話帳 ・家が近い

・その他()

13) コロナワクチン接種の有無 (_____ 回接種済 ・ 未接種)

14) 介護認定の有無 (有 ・ 無) 有の場合→ (要支援 _____ ・ 要介護 _____)

15) マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。(はい ・ いいえ)

16) この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか。(はい ・ いいえ)

※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。

算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数または金額を記載した詳細な明細書を
患者様に無料で交付しています。

◆ 電子的診療情報連携体制整備加算

初診時 … 9 点

再診時 … 2 点