

ふりがな			
氏名	男 ・ 女		
生年月日	大・昭・平・令・西暦	年	月 日 ( 歳)
住所	〒 -		
電話番号	自宅： - -	携帯： - -	-

●今日はどうされましたか？あてはまるものに○をつけてください。

・主な症状は・・・

いつ頃から

どのような症状がありますか？

・いままでにかかった主な病気、けが、手術はありますか？

あり → いつ頃： 病名：

なし

・現在妊娠は・・・

している → 現在妊娠 週 ( ヶ月)

していない

・現在授乳中ですか？

授乳している → 授乳中のお子様はおいくつですか？ 歳 ヶ月

授乳していない

・お酒やたばこは1日どれくらいですか？

\*お酒 合 \*ビール 本 \*その他アルコール \*たばこ 本

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ あり ・ なし

・マイナ保険証およびオンライン資格確認による病院の診療情報取得に同意されますか？

同意する ・ 同意しない

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(初診日) 加算1：4点 加算2：2点 (マイナ保険証を利用した場合)

医療法人緑生会 あびこクリニック