問　診　票

【ID:　　】　　202　年　　月　　日

フリガナ 名　前	生年月日　□昭和・□平成・□令和　　年　　月　　日 □ 男・□ 女　　年齢　　歳
住　所　〒	
電　話　[自宅] [携帯]	
勤務先名	[電話]

受診の理由.　　紹介状　□ なし ・ □ あり

現在治療している病気(治療開始年齢).　□ なし ・ □ あり

これまでの手術・入院など(その年齢).　□ なし ・ □ あり

薬の副作用・アレルギー　□ なし ・ □ あり

女性の方へ

・妊娠中あるいはその可能性　□ なし ・ □ あり

・授乳中　□ なし ・ □ あり

マイナ保険証をご持参の方へ

・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

◆医療情報取得加算

(初診時)【 月 1 回 】加算1(情報取得同意なし)[3点] / 加算2(情報取得同意)[1点]

(再診時)【3ヶ月1回】加算3(情報取得同意なし)[2点] / 加算4(情報取得同意)[1点]

当院は診療情報を取得・活用することにより、より良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および情報取得同意にご協力をお願いいたします。

医療法人社団優春会　伊原医院　TEL 03－3573－1800