

# はじめて来院された方へ

〔下記の項目について  
記入もしくは○で  
囲んでください〕

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平・令	年	月	日生
お名前			被保険者（世帯主）との続柄			
ご住所	〒		電			
			話			

(1) ① どうなさいましたか？身体の悪い部分に○をつけてください

② どんなふうに、悪いのですか？

痛い しびれる おもい こる

つっぱる はれている

動きが悪い 冷える 骨折と言われた

その他( )

③ いつからですか？

( 日位前から)

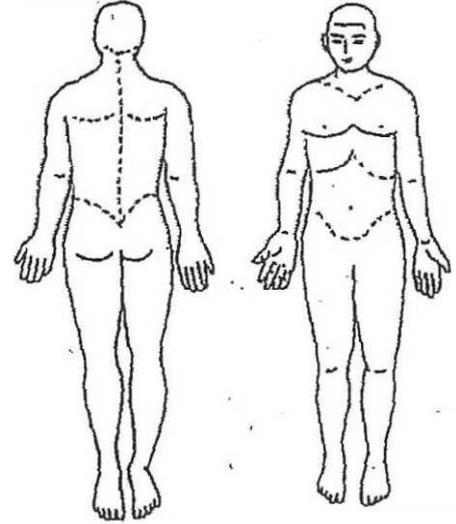
④ それについて治療をうけたことがありますか？

ない ある

⑤ それについて手術をうけたことがありますか？

ない ある

⑥ 現在の体重( kg) 体温( ℃)



(2) 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ ない ある

(3) 直近 1 年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？ 受ていない 受けた

(4) 今までにどんな病気をしましたか？ ない ある

ある場合→心臓病 肝臓病 腎臓疾患 肺疾患 脳疾患

糖尿病 高血圧症 低血圧症 リウマチ 喘息

その他( )

(5) 現在、他の病気で通院していますか？ していない している

(6) 現在飲んでいる薬がありますか？ ない ある

(7) ①薬や食べ物で発疹がでたことがありますか？ ない ある

ある場合→それはどんな薬ですか？( )

②貼り薬や、塗り薬で、かぶれたことがありますか？ ない ある

(9) 抗生物質を使用したことがありますか？ ない ある

(10) 少しの傷でも血が止まらなかったことがありますか？ ない ある

(11) 血液型は A型 B型 O型 AB型 Rh (+・-)

(12) 今までに局所麻酔をしたことがありますか？(抜歯など) ない ある

(13) 女性の方に 現在妊娠中ですか？ いいえ はい( ヶ月)

(14) 当院をどのように知りましたか？

① バス車内放送 ②インターネット・ホームページ ③ 目黒区くらしのガイド

④ 紹介( 様より) ⑤ 近所 ⑥ 電柱看板

⑦ 特定健診・がん検診・予防接種の目黒区保健センターからの案内

⑧ その他( )

→裏面のマイナ保険証についてもご確認ください

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

◆マイナ保険証により、正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証のご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の算定医療機関  
(初診時)加算 1: 6点   加算 2: 2点   (再診時) 加算 1: 2点