

美容医療 問診

令和 年 月 日

| | | | | | |
|-----------------|--------|---|-----|----------|----|
| 受診者氏名 (かかると) | ふりがな | | 男・女 | ご職業 | |
| | | | | | |
| 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日生 | 歳 |
| 現住所 | (〒 -) | | | | |
| 電話番号 | 携帯 () | | - | 自宅 () - | |
| 緊急連絡先 (実家等) | 氏名 | | 続柄 | | 住所 |
| | | | | | 電話 |

※1 マイナ保険証による診療情報の取得に同意されますか？ はい・いいえ

当院は診療情報を取得・活用する事により、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(初診時)加算1
・・・6点(マイナ保険証を利用しない場合)
- ◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算2
・・・2点(マイナ保険証を利用する場合)

※2 現在、治療中の病気や服薬中の薬はありますか？ はい・いいえ

お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

病名： _____ 病院： _____ お薬： _____

※3 今までに入院や手術を要する病気にかかったことはありますか？ はい・いいえ

| 年齢 | 病院 | 病名 | 治療内容 |
|----|----|----|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※4 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

| 病院 | 指摘事項等 |
|----|-------|
| | |

※5 アレルギーがでたことはありますか？ はい・いいえ

お薬： _____ 食べ物： _____ 金属： _____

→裏面へ続く

