

## そのだクリニック 受診票・問診票

記入日： 年 月 日                      記入者： 本人 ・ (                      )

ご本人	フリガナ 氏 名	生年月日 年 月 日	男・女	
	住 所	ひとり暮らし・施設同居 (                      )		
	電話番号a:	電話番号b:		
窓口となる人	フリガナ 氏 名	ご本人とのご関係		
	住 所			
	電話番号c:	電話番号d:		
※電話番号a, b, c, dのうちクリニックからの連絡時優先するもの2つに○をつけてください a b c d				
●そのだクリニックをどこで知りましたか？ (複数回答可)                      市役所 ケアマネ 地域包括 ホームページ 駅看板 (総持寺・富田・茨木市) 広報誌 前を通りかかって 知人 かかりつけ医				
●本日は下記のいずれをご持参されましたか？ 健康保険証                      マイナンバーカードの保険証 (以下マイナ保険証)				
●マイナ保険証で受診の方にお尋ねします。 あなたの診療情報 (服薬歴、健診歴など) を当院が取得することに同意されましたか はい                      いいえ				
●直近1年間で健診 (特定健診や高齢者健診など) をうけられましたか？ 受けていない                      受けた : 健診名 (                      ) いつ頃 (                      年                      月ごろ                      )				
●これまでに薬や食品などでアレルギーを発症したことはありますか なし                      あり :				
●嗜好品について お酒                      飲まない                      飲む : 週に (                      ) 日/種類・量 (                      ) タバコ                      吸わない                      吸う : 1日に約 (                      ) 本× (                      ) 年間				
●現在通院されている病院/かかりつけ医はありますか (                      科                      )                      (                      科                      )				
●車やバイクは運転しますか                      している                      していない                      返納した (                      年)				

●介護保険の認定は受けていますか？		受けていない ・ 申請中	
要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5			
●現在利用中の社会資源はありますか		●ケアマネージャー	
<input type="checkbox"/> デイサービス	頻度:	事業所名	
<input type="checkbox"/> デイケア	頻度:	( )	
<input type="checkbox"/> ヘルパー	頻度:	担当者名	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	頻度:	( )	
<input type="checkbox"/> ショートステイ	頻度:		
<input type="checkbox"/> そのほか	頻度:		
●これまでに患った病気やケガはありますか			
病名	何歳ごろ		
●現在飲んでいるお薬はありますか？（お薬手帳をご持参の場合は記入不要です）			
●服薬の管理はどなたがされていますか？			
本人 ・ ( )			

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

◆医療情報取得加算（初診時）

加算 1：3点 加算 2：1点（マイナ保険証を利用した場合）