

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？

ホームページ 駅看板 広報誌 前を通りかかって 知人 かかりつけ医 地域包括

●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) を本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) を受けられましたか？

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)

<p>●介護保険の認定は受けていますか？ 受けていない・申請中</p> <p>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</p>	
<p>●現在利用中の社会資源はありますか</p> <p><input type="checkbox"/> デイサービス 頻度： _____</p> <p><input type="checkbox"/> デイケア 頻度： _____</p> <p><input type="checkbox"/> ヘルパー 頻度： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問看護 頻度： _____</p> <p><input type="checkbox"/> ショートステイ 頻度： _____</p> <p><input type="checkbox"/> そのほか 頻度： _____</p>	<p>●ケアマネージャー</p> <p>事業所名 (_____)</p> <p>担当者名 (_____)</p>
<p>●これまでに患った病気やケガはありますか</p> <p>病名 _____ 何歳ごろ _____</p>	
<p>●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）</p>	
<p>●服薬の管理はどなたがされていますか？</p> <p>本人 _____ ・ (_____)</p>	

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）