

■これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ はい → (*原因となったもの、症状等記入)

■お酒は飲みますか？

飲まない 飲む 週 () 日 ・ 1日 () を () ml

■タバコは吸いますか？

吸わない 吸う 1日 () 本 やめた () 年前に

■女性の方のみ

妊娠中ですか？ いいえ はい () 週目 可能性あり

授乳中ですか？ いいえ はい

■(マイナ受付の方のみ)マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内のお薬のみ記入してください

■現在、処方されている薬はありますか？

はい → (*薬剤名等記入)

いいえ

お薬手帳を提出します

※マイナ保険証で情報取得に同意した方は、記入省略可能です

■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 → (*受診時期、指摘事項等記入)

いいえ

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。