



♪現在、他の医療機関に通院していますか？

いいえ

はい →

\*医療機関名、受診日、治療内容等記入

♪これまでに大きな病気にかかったことはありますか？(入院や手術を要する病気等)

いいえ

はい →

\*病名、時期、医療機関名、治療内容等記入

♪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

♪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

◆医師に伝えておきたい事がございましたら、ご記入ください。

(

)

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。

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算(月1回)

【初診時】 加算1 6点(マイナ保険証を利用しなかった場合)

加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

【再診時】 加算3 2点(マイナ保険証を利用しなかった場合)