初めて・お久しぶりに来院された方へ



$\overline{}$	4	_	L	•
Н	1	N		

י נו ו							
ふりがな		性別	,	生年	月日		
氏 名		男・女	大正・昭和 平成・令和	年	月	⊟(歳)
住 所							
電話番号			携帯電話				
緊急連絡先 氏名:	続村	丙:	携帯電話				
お薬手帳へ処方内容のシー ル貼付を希望しますか?	・いいえ・はい						
はいと答えた方のみ	• 本日手帳発行希望	• 本日手帳	を持参している	る · 手帳は	持っている	るが本日は	 未持参
※1回のシール貼付	は、窓口負担が3割	の方で9	円、1割の	方で3円か	かります	す。	
◎ 3ヶ月以内に沼田脳	外病院または吾	妻脳外で	で、診察や	や入院をし	ている	ました	か?
 ◇ 沼田脳神経外科循環器	景科病院 →	□ 入	院	□ 定期語	沙察		なし
◇ 吾妻脳神経外科循環器	景科 →	□ 定其	那診察	□ なし			
〈問診表〉							
いつから?	本日()	日前から	• ()	ケ月前から	• ()年前	から
どのように (何をして) どこが 悪いのですか?		体	温()度 測泵	产時間(<u>.</u>)
	 病名:						
他の病院に通院してますか?	・いいえ	はい					
→はいと答えた方のみ	 病名:			 病院名:			
	内服薬:あり なし	,		持参薬:あ	あり な	U	
アレルギーはありますか?	・いいえ	• はい→					
お酒やたばこは?	お 酒→ ・飲まない たばこ→ ・吸わな		む (毎日 吸う (1日	週本)	日:量)
(女性のみ)妊娠や授乳について	妊娠中ですか(可能性含	(討) → •(いいえ ・はい	1 授乳中で	すか→・	・いいえ	・はい
体内に金属を入れる手術を	・いいえ						
受けたことがありますか?	• はい						

社会医療法人 輝城会 沼田クリニック

その他(

ペースメーカー植込み

はいと答えた方のみ

問診表②(初診の方)

○ マイナンバーカードを持参している。 はい

いいえ

● マイナンバーを持参された患者様に質問です。

○ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。

はい

いいえ

○ 当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用するこ とにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関(医療情報・システム基盤整備体制充実加 算の算定医療機関)です。

○ マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるた め、マイナ保険証を積極的に利用にご協力をお願い致します

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致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 初診時にマイナ保険証を利用しない場合 4点 初診時にマイナ保険証を利用した場合 2点