

初診申込書

____年__月__日

ふりがな 氏名	生年月日 (明・大・昭・平) ____年__月__日__歳	性別 男・女
住所	電話番号 () —	
緊急連絡先	名前 () 続柄 () 電話番号 () —	
職業	会社員・公務員・自営業・農業・パート・アルバイト・学生 専業主婦・その他 ()・なし	
伊予診療所はどちらでお知りになりましたか？ 1. 組合員 2. 知人紹介 3. 近所 4. インターネット 5. その他 ()		

①現在どこかで治療を受けていますか？

はい (病名：_____ 病院名：_____ 紹介状 あり・なし)

いいえ

②薬は飲んでいますか？

はい ※お薬手帳をお持ちでしたら見せてください

いいえ

③既往歴 (今までにかかったことのある病気)

- 高血圧 心血管疾患 甲状腺疾患 高脂血症
脳卒中 糖尿病 肝臓病 うつ 悪性腫瘍
その他 (_____)

④手術歴 あり (_____ 歳 ・ 病名 _____) ・ なし

⑤輸血歴 あり ・ なし

⑥アレルギー あり (薬剤名 _____) ・ なし
(食べ物 _____)

⑦女性の方にお聞きします

妊娠していますか? はい ・ いいえ
授乳中ですか? はい ・ いいえ

⑧血縁の方(祖父母・親・兄弟姉妹)で下記の病名を持っていた方や、治療を受けている方はいらっしゃいますか?

- 高血圧 心血管疾患 高脂血症 脳卒中
糖尿病 肝臓病 悪性腫瘍 アレルギー

⑨お酒は飲まれますか? はい (_____ / _____ 日) ・ いいえ

⑩たばこは吸いますか? はい (_____ 本/日) ・ いいえ

⑪がんと診断された場合、告知を希望しますか?

はい ・ いいえ (誰に? → _____) ・ 告知済み

⑫マイナ保険証による診療情報(健診・処方内容)取得に同意していますか?

はい ・ いいえ

◀利用目的▶

上記個人情報、医療サービスの提供や、愛媛医療生協の加入のご案内等に利用させていただきます。
また、当診療所は患者様の個人情報に関して同意を得た範囲のみに使用し、無断で収集・利用することはありません。

マイナ保険証をお持ちの方は、受付前のカードリーダーにお通し下さい。それにより正確な情報を取得・活用し、質の高い医療の提供に努めさせていただきます。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

加算1:6点 加算2(マイナ保険証を利用した場合):2点