

フリガナ 氏名	生年月日 大 昭 平 令 年 月 日	性別 男・女
電話番号（自宅）		（携帯）
住所（〒 — ）		

マイナ保険証による診療情報取得について 同意する

喫煙 有 無 飲酒 有 無 妊娠 有 無 授乳 有 無

泌尿器科

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 頻尿（おしっこが近い）・排尿困難 | <input type="checkbox"/> 性感染症（排尿痛・うみがでる・検査希望） |
| <input type="checkbox"/> 血尿（おしっこに血が混ざる） | <input type="checkbox"/> 精液に血が混ざる |
| <input type="checkbox"/> 残尿感（おしっこが残る感じ） | <input type="checkbox"/> 性器が気になる（包茎・発疹・かゆみ等） |
| <input type="checkbox"/> 排尿痛（おしっこする時痛い） | <input type="checkbox"/> 男性更年期障害が気になる |
| <input type="checkbox"/> 下腹部が痛い・不快 | <input type="checkbox"/> ED（勃起不全）（ <input type="checkbox"/> 処方希望） |
| <input type="checkbox"/> 尿路結石が気になる・腰が痛い | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

内科

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 風邪症状（発熱 ℃・咳・鼻水・痰） | <input type="checkbox"/> 高血圧・糖尿病・高脂血症 |
| <input type="checkbox"/> 胃痛・腹痛・嘔吐・吐き気 | <input type="checkbox"/> 不眠・疲労・不安感・うつ症状 |
| <input type="checkbox"/> 下痢・便秘・血便 | <input type="checkbox"/> 胸が苦しい・息苦しい |
| <input type="checkbox"/> がんが気になる | <input type="checkbox"/> 禁煙外来 |
| <input type="checkbox"/> 健康診断で再検査（項目 ） | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

注射療法について

- ニンニク注射 プラセンタ注射

■ 上記の項目が気になるのはいつ頃からですか？

■ 薬や注射、食べ物などでアレルギーがございましたら教えてください。

なし 薬・注射（ ） 喘息 食べ物（ ）

■ 今までにかかった大きな病気、手術を教えてください。 無 有（下記ご記入ください）

年 月頃 病名 病院名

年 月頃 病名 病院名

■ 現在治療中の病気、服用中の薬があれば教えてください。 無 有（お薬手帳有）

※マイナ保険証による情報取得に同意した方については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能）

病名 病院名 服用中の薬

病名 病院名 服用中の薬

■ 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？ 無 有

※マイナ保険証による情報取得に同意した方については、記載を省略可能）

年 月頃（指摘事項）

■ 当クリニックのことを何でお知りになりましたか？

HP（検索ワード ） / NET検索（サイト名 ） / 看板
紹介（知人・家族・職場） / 他院の紹介（病院名 ） / その他（ ）

■ 当グループのクリニックを受診したことはありますか？ ある（相生・ねぎし・スカイビル） ない

■ その他のことで興味をもっていることはありますか？

アロマセラピー 漢方薬 サプリメント その他（ ）

*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 マイナ保険証利用の有無に関わらず（初診時）加算1点

（再診時）加算1点（3ヶ月に1回に限る）