

6. アレルギーはありますか？

薬 なし ・ あり： _____

食物 なし ・ あり： _____

その他： _____

7. タバコは吸いますか？ 吸わない ・ 吸う（1日に _____ 本）

8. 飲酒はされますか？ いいえ ・ はい（1日に _____ を _____ 杯・合・本くらい）

9. （女性の方のみお答え下さい）

・ 現在、妊娠の可能性がある または 妊娠中ですか？

いいえ ・ はい （妊娠中の方は週数を記入して下さい→ _____ 週）

・ 現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい

10. 紹介状はお持ちですか？ あり ・ なし

11. 自立支援医療 なし ・ あり（クリニック名変更 未 ・ 済→前医名 _____）

精神障害者手帳 なし ・ あり

12. マイナ保険証を利用された方のみお答え下さい。

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・システム基盤整備体制充実加算（初診時）

・ 加算1（4点） 従来の保険証利用や、マイナ保険証の利用をしているが情報取得に同意されなかった場合

・ 加算2（2点） マイナ保険証を利用し、情報取得に同意された場合