

ID:

## 新患問診票

受付

|              |                |        |           |
|--------------|----------------|--------|-----------|
| ふりがな         |                | 男<br>女 | 体重(子どものみ) |
| 氏名           |                |        | kg        |
| 生年月日         | 昭和・平成・令和 年 月 日 |        | 歳 ヶ月      |
| 郵便番号<br>自宅住所 | 〒 - 東京都世田谷区    |        |           |
| 携帯電話         |                | 自宅電話   |           |

●本日は、下記のいずれをご持参されましたか？

健康保険証マイナンバーカードの保険証(以下、マイナ保険証)

●マイナ保険証で受診の方にお尋ねします。

・あなたの診療情報(服薬歴、健診歴など)を当院が取得することに同意されますか？

同意する ・ 同意しない

・他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ

① 本日はどうして来院されましたか？該当するものを○で囲んでください。

 診察 咳 ・ 鼻汁 ・ 発熱 ・ 咽頭痛 ・ 頭痛 ・ ひきつけ  
 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 吐き気 ・ 便秘 ・ お腹が張る  
 その他

 予防接種     健康診断     病児保育室利用     その他

② 今までに薬や食物などでアレルギーを起こした事がありますか？

ない ・ ある (卵・牛乳・大豆・小麦・その他 )

③ 今までにアレルギー性の病気と診断された事がありますか？

 ない ・ ある (気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎)  
 (その他: )

④ 今まで入院や手術をするような大きな病気にかかった事がありますか？

 ない ・ ある (病名: )  
 (いつ頃: 年 月ころ )

⑤ 今までにひきつけた事がありますか？ ない ・ ある

⑥ ニコこどもクリニックにご家族でかかられている方はご記入ください。

お名前: 生年月日 平成・令和 年 月 日

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)

加算1:4点/加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)