

問 診 票②

令和 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 男・女 大・昭・平 年 月 日 生 歳

◇マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか はい・いいえ

◇他の医療機関からの紹介状はお持ちですか はい・いいえ

◇この1年間で特定健診または高齢者健診を受診されましたか はい・いいえ

いつごろ: _____ 指摘されたこと _____

◇現在、妊娠中または授乳中ですか(女性の方のみ) はい・いいえ

妊娠週数 週

当院は診療情報取得・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(初診時)加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

★医療情報取得加算(再診時)加算3 2点 加算4 1点(マイナ保険証を利用した場合)