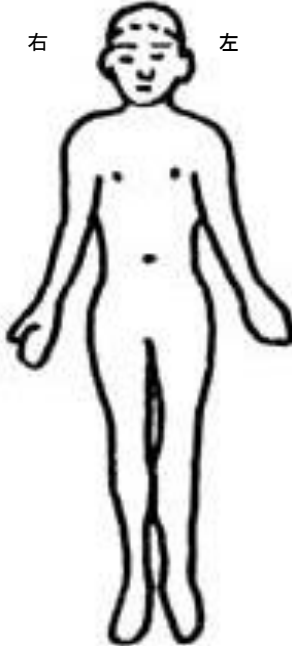



形成外科問診票

氏名	薬・注射による副作用 無・有 薬品名()				
	アレルギー 無・有 花粉・食物・金属・その他()				
年齢 才 男・女	女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠 している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 授乳中				
身長 cm 体重 Kg	1ヶ月以内に海外に行かれましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				
今までに大きな病気をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()					
今までに手術をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()					
現在内服中の薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無・有					
タバコ <input type="checkbox"/> 吸う 1日平均 ()本 <input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 禁煙した ()年前から				
お酒 <input type="checkbox"/> 飲む 1日に飲む量() ()回/週 <input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 禁酒した ()年前から				
介護保険の申請 なし・あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)					
利き手はどちらですか 右 左					
今回の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい					
来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください					
※ 以下の該当する項目に☑を入れ、必要事項をご記入ください					
1 診てほしいところはどこですか 右の絵にしるしをつけてください	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>右</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>左</p>  </div> </div>				
2 どうされましたか?具体的にお書き下さい (例:できもの、ケガ、傷あと、やけど、色や形の変形、床ずれ、骨折な					
月 日 頃から					
3 写真を研究用に使用させていただいてもよろしいですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
4 携帯電話(本人)もしくは日中つながる連絡先 電話番号()					
◎緊急のご連絡が必要な際、お電話をしてよろしいですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

裏面へ続く

看護師サイン

本日マイナ保険証を利用されましたか	はい・いいえ
はいの方 → 「診療情報取得」に同意されましたか	はい・いいえ
現在、他の医療機関に通院されていますか	<input type="checkbox"/> 通院なし
<input type="checkbox"/> 通院中(医療機関	受診日 治療内容)
この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受けられましたか	(40才以上の方のみ)
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	* マイナ保険証による情報取得に同意された場合省略可能

2023.2

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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 初診時には医療情報・システム基盤整備体制充実加算がかかります。加算1:4点 加算2:2点
 (加算2はマイナ保険証による診療情報取得に同意された場合 又は 他院からの紹介状を持参された場合)