

## 診療申込票

形成外科

お名前	ふりがな	大・昭 年 月 日 生まれ	男 女	
ご住所	〒 -			
連絡先	携帯電話 - -	緊急連絡先（ご家族・ご自宅・お勤め先） - -		
マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されましたか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
本日はどうなさいましたか？ 該当する項目の□に		<input type="checkbox"/> しみ	<input type="checkbox"/> ほくろ	<input type="checkbox"/> 傷跡
チェック✓をつけて下さい。 どこの部位ですか？		<input type="checkbox"/> できもの	<input type="checkbox"/> シワ	<input type="checkbox"/> タルミ
		<input type="checkbox"/> アザ	<input type="checkbox"/> 肌トラブル	
		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
		<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔	<input type="checkbox"/> まぶた
		<input type="checkbox"/> 首	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 背部
		<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 手（腕）	<input type="checkbox"/> 足（脚）
		<input type="checkbox"/> その他 [ ]		
いつ頃からですか？		( ) 頃から		
麻酔の経験はありますか？		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
		麻酔時に異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
		ある場合（症状： )		
病気や手術をしたことがありますか？		<input type="checkbox"/> ない		
		<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> アトピー
		<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> ぜんそく
		<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		(手術名： ) いつ頃： )		
服用中のお薬は？ (マイナンバー保険証による情報提供に同意された方は省略)		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある（薬の名前： )	
薬でアレルギーが出たことは？		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある（薬の名前： )	
(女性の方へ) 現在、妊娠・授乳は？		<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 妊娠中・授乳中	<input type="checkbox"/> 可能性がある

当院をどこで知りましたか？	<input type="checkbox"/> ご紹介 ( さん ) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> その他 ( )
---------------	---

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？

※マイナンバー保険証による情報提供に同意された方は省略)

□ いいえ	<input type="checkbox"/> はい ( 受診時期 : 指導内容 : )
-------	---

#### 「医療情報取得加算」について

当院では、「医療情報取得加算」を算定しています。保険医療機関において、患者さんの薬剤情報や特定健診情報等の診療情報を活用して、質の高い医療を提供する体制について評価するものです。受付時には正確な情報を取得・活用するためマイナンバー保険証による、オンライン資格確認の利用にご協力をお願い致します。

当院はオンライン資格確認について、以下の体制の整備を行っています。

◎オンライン資格確認を行う体制

◎薬剤情報、特定健診情報その他必要は情報を取得・活用

医療情報取得加算（初診時）加算1 3点 加算2 1点（マイナ保険利用時）

※医療情報取得加算は、受付方法等により加算される点数が異なります。

また、紹介状をお持ちの方は、上記に関わらず初診の方の加算は1点。

再診時 加算3 2点 加算4 1点（マイナ保険利用時） 3ヶ月に1回

ご記入ありがとうございました。診療申込票を受付へお持ちください。

