

9. 肥満傾向がありますか

なし あり（身長 _____ cm、体重 _____ kg、BMI _____ (スタッフ記入)）

10. 女性の方のみ

現在妊娠していますか； いいえ 不明 妊娠中（妊娠 _____ 週）

現在授乳中ですか； いいえ はい

11. SpO2 _____ % (スタッフ記入)

12. コロナワクチンの接種を受けていますか。最終接種歴を記入してください。

なし あり（最終接種歴； _____ 回目 接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 メーカー； _____ ）

13. これまでに大きな病気にかかったことがありますか（入院、手術を要する病気等）。

なし あり（ _____ ）

14. この1年間で健診（特定健診および高齢者検診に限る）を受診されましたか。

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された場合は省略可能

なし あり（ _____ ）

15. これまで薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

なし あり（原因となったもの、症状など _____ ）

16. その他、医師に伝えたいことや気になることなどがあればご記入下さい。

（ _____ ）

マイナ保険証の利用について

- ・ 当院はオンライン資格確認が行なえる体制を有しています。
- ・ マイナ保険証の利用や問診票等を通じて、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おります。
- ・ 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。

対象診療報酬点数（2022年10月～）

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）

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。

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。

持っている 持っていない（紹介元医療機関名； _____ ）