

初診の診察前にお読みいただきたいこと

当医院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関として、医療情報取得加算(1点)を算定しております。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。

下記の質問事項について、回答欄にご記入ください。

質問事項	回答欄	
[1] 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
[2] 現在、他の医療機関に通院中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	医療機関名() 直近の受診日(年 月 日) 治療内容()
[3] マイナ保険証を利用する際に、受診歴・薬剤情報・特定健診情報などの診療情報の取得に同意しますか？	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (※) <input type="checkbox"/> マイナ保険証は利用しない	(※)「同意しない」を選択された場合は、マイナ保険証をご利用であっても、マイナ保険証を利用しない場合の加算点数となります。
[4] 現在、服用している薬はありますか？ ※[3]で「同意する」を選択された場合は回答不要	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	薬剤名・用量() 服用する期間[()日間/()週間/()ヶ月間 その他()]
[5] この1年で特定健診や高齢者健診を受けましたか？ ※[3]で「同意する」を選択された場合は回答不要	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	いつ頃ですか？() 健診時に指摘されたことがあればご記入ください。 ()
[6] 今までに入院や手術を要する大きな病気にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	病名() いつ頃ですか？() 医療機関名() 治療内容()
[7] 薬や食品アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 薬品() <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他() 症状()

マイナ保険証とは？:マイナンバーカードの健康保険証利用のことです。
 詳しくお知りになりたい方は、マイナンバー総合フリーダイヤル0120-95-0178にお問合せください。