

氏名 _____

- 1) 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
- 2) 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい ・ いいえ
(医療機関名：)
- 3) 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい ・ いいえ
a) 医療機関名：
b) 受診日
c) 治療内容
- 4) 現在、処方されている薬はありますか？ はい ・ いいえ
※はいとお答えいただいた方で、マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近1か月以内の処方薬を除き、省略可能です。
a) 薬剤名
b) 用量
c) 投薬期間
- 5) この1年間で健診（特定健診・高齢者健診）を受診しましたか？ はい ・ いいえ
※マイナ保険証による情報取得に同意された方は、省略可能です。

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。