

まり こどもクリニック 予診カード

名前 (ひらがな)	年齢	体重
	歳 ヵ月	kg
保育園・幼稚園 年少・年中・年長	小学校・中学校・高校 () 年生	

初めての方は、住所と電話番号、生年月日もご記入ください

住所	〒		
電話番号	生年月日(西暦)	年	月 日

●いつからどんな症状がありますか。簡単にご記入ください。

(体温： °C)

●今までに特定の薬または食べ物などで異常な反応（発疹、息苦しさなど）が起きたことがありますか。

あり ・ なし

→ありの場合は薬や食べ物の名前と症状をご記入ください。

●薬の処方について、希望があればご記入ください。

1日の投与回数 → 医師に任せる ・ 2回 ・ 3回 **薬の剤形** → 医師に任せる ・ 水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤

その他、希望があればご記入ください。

●他の医院で処方されている服用中の薬はありますか。

あり ・ なし

服用中の薬の名前をご記入ください。

(お薬手帳をご持参の方のご記入は不要です。受付までご提出ください。)

●かかりつけ医療機関があったらお知らせください。

●他の医療機関より紹介状を持っていますか。

いいえ ・ はい

●これまでに大きな病気にかかったことはありますか。

いいえ ・ はい (病名・時期)

●マイナ保険証による診療情報取得に同意していますか。

いいえ ・ はい

○当クリニックは、マイナ保険証の利用等により、患者様の診療情報を取得・活用することで、質の高い医療提供を進めていることから、電子的診療情報連携体制整備加算2を算定しております。正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

電子的診療情報連携体制整備加算2 初診時：9点 再診時：2点(月1回)