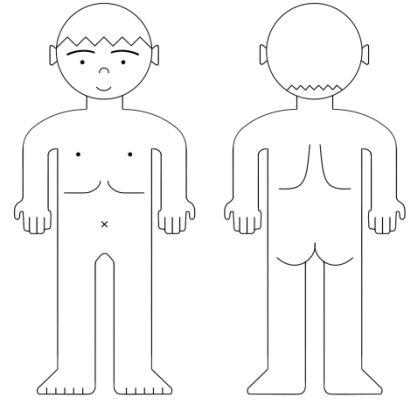


# 永山ペインクリニック予診票

下記の項目に記入し、服用中のお薬がございましたら受付に出して下さい。

ふりがな..... 氏名	職種
-----------------	----

- 薬や注射でアレルギーになったことがありますか？ ある ない
- 旭川ペインクリニック病院（旧旭川麻酔科病院）、神居ペインクリニックを受診したことがありますか？  
はい いいえ
- 本日は、どのような症状で受診されましたか？症状にあてはまるものにチェックし、症状のある体の部位に印を付けてください。  
いたみ かゆみ みずぶくれ けいれん  
シビレ めまい くしゃみ 麻痺  
ひえ みみなり はなみず  
その他（ ）
- この症状はいつからありますか？



5. この症状で今までに、どんな治療を受けましたか？

どこで（病院、治療院）	期 間	診 断
	から まで	

治療内容 のみ薬 注射 湿布 ハリ 牽引 その他（ ）

6. 上記以外の病気で現在治療中ですか？

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

7. 過去に入院治療や手術をしたことがありますか？

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
病名 :	何歳の時 :
病院名 :	手術（有・無）

8. ガンが、もし見つかった場合の告知について、ご希望をお尋ねします。  
どなたに告知を希望しますか？

本人に 家族（ ）に

裏面に続く

9. マイナ保険証であなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意なさいますか？

はい いいえ

10. 間近1年間で健診（特定健診や高齢者健診）を受けられましたか？

はい（健診名：                      年           月頃）                      いいえ

★患者情報保護法に従った病院内の取り組み方についての広報が院内入り口にはってあります。必ず目をお通してください。

★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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）

加算 1：6 点（令和 5 年 4 月～12 月まで）加算 2：2 点（マイナ保険証を利用した場合）