

3. いつも服用されているお薬はありますか？

※お薬手帳をお持ちの方は看護師の問診時に提出してください

ない ある（内容： ）

4. 血が止まりにくくなる薬を服用していますか？（バイアスピリン、ワーファリン、プラビックスなど）

ない ある（内容： ）

5. 今までに入院や手術を受けられたことはありますか？ また何才ごろですか？

ない ある（ 年頃 才のとき）

6. アレルギーはありますか？（薬、注射、食品や果物、アルコール、ゴム製品でじん麻疹など）

ない ある（ ）

7. 女性の方のみご記入ください

① 現在、妊娠の可能性はありますか？（ ある ない わからない ）

② 現在、授乳中ですか？（ いいえ はい：産後 年 ヶ月）

③ 現在、ピルや女性ホルモンを服用されていますか？

（ いいえ はい：内容 ）

8. ※介護保険証をお持ちの方のみご記入ください

社会資源（訪問看護、通所リハビリ、短期入院サービス、デイサービス、ヘルパーなど）の利用がありますか？

利用が ない ある（内容： ）

介護認定度：（要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ）

ケアマネージャー（ ） 施設（ ）

かかりつけ医（ ）

※代筆の場合は代筆者のフルネームをご記入ください【 】

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆医療情報取得加算（初診時）加算1：3点（マイナ保険証を利用した場合／紹介状を持参した場合）加算2：1点