

◎既往歴と治療

- ・病名 () (歳) 治療内容 ()
- ・病名 () (歳) 治療内容 ()
- ・病名 () (歳) 治療内容 ()

◎現在服用中の薬剤はありますか なし あり ()

◎アレルギーの有無

- ・薬 剤: なし あり ()
- ・食物等: なし あり ()

◎感染症の有無

なし あり (B型肝炎 C型肝炎 HIV その他:)

◎喫煙の有無

- 今まで喫煙なし 以前は喫煙していた (年前まで、一日平均 本)
- 喫煙中 (歳から 年間、一日平均 本)
- 喫煙中だが禁煙したい

◎家族歴

ご家族(母親・姉妹・叔母・いとこ・子どもなど)に子宮がん(頸部・体部)、乳がん、卵巣がん、その他のがんの方はいますか。

あなたとの関係(続柄)	診断名	診断年齢

◎その他 何かあればご記入ください。

マイナ保険証読み取り時に診療情報取得に同意しましたか？

- 同意しなかった 同意した マイナンバーカード非使用

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おります。
【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】を算定します(初診時に2点または6点)
※マイナ保険証利用の有無、および過去の情報提供同意の有無などにより点数が変わります。