

以下、マイナ保険証による医療情報等に関して質問事項

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ (はい いいえ)
→ご同意いただける場合、新患受付のマイナカード読み取り機をご利用ください。
2. 本日は他院からの紹介状を持参していますか？ (はい いいえ)
3. 現在他の医療機関に通院していますか？ (はい いいえ)
医療機関名 ()
治療内容 内服・点滴・手術・経過観察・その他 ()
4. 直近1年以内に検診(特定検診・高齢者検診)を受診しましたか？
受診日() 指摘事項()

当院は診療情報を取得・活用することにより、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します。

※13～15は必要時、看護師がお尋ねさせていただきます。

13. 介護認定を受けていますか？ 受けている 受けていない
受けている方 介護度は 要支援() 要介護()
担当事業所名 _____

ケアマネージャー 氏名/連絡先 _____

訪問看護の利用: 利用あり 利用なし

14. 緊急時の連絡先
①ご本人との関係() 電話番号()
②ご本人との関係() 電話番号()
15. 同居のご家族はいますか
いる: 配偶者 子() その他()
独居

※患者様の個人情報は、当院における個人情報の利用目的以外には使用いたしません。