

外来基本情報

受診される方の**基本情報（氏名・住所・電話番号・生年月日・保険証番号）**を岡山中央病院とセントラル・クリニック伊島で共有させていただきます。

同意いただけない場合には、総合受付までお申し出ください。

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いたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

（受診日：西暦 年 月 日）

ふりがな				性別	0：男・1：女
お名前	(旧姓)				
生年月日	1：明・2：大 3：昭・4：平・5：令	年 月 日生		職業	
現住所	〒 - (1人暮らし / 家族と同居)				
本人 連絡先	自宅電話番号				
	携帯電話				
緊急 連絡先	お名前 本人との続柄 () (同居・別居)			電話番号 ※本人と連絡がつかない場合に、連絡を させていただきます。	
診療明細書発行	<input type="checkbox"/> 発行を希望する		<input type="checkbox"/> 不要		
紹介状	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし		

1 いつから、どのような症状ですか？（紹介状持参の方は記入不要です）

いつから { }
 どのような症状 { }

2 薬によるアレルギーをおこしたことがありますか？

なし
 あり → 症状： 吐き気・嘔吐・発赤・発疹・かゆみ・咳・くしゃみ・しびれ感・喘鳴
 呼吸困難・血圧低下・便秘・尿意・その他 ()
 薬剤名：ピリン系・造影剤・抗生物質・その他 ()
 詳しい薬剤名： ()

3 食べ物によるアレルギーをおこしたことがありますか？（嫌いな食べ物ではありません）

なし
 あり → 食品名と症状 ()

※裏面にもご記入いただく項目がございます。

