

## 様式変更のご案内

平素は、メディングに格別のお引き立てを賜り、厚く御礼申し上げます。  
被保険者証に個人単位番号を付記することによる様式変更を致します。

### 対象商品

- ・カルテ 1 号紙
  - ・処方箋
  - ・薬歴簿 1 号
- 7 月より順次変更

## 変更内容

### 旧様式

| 診 療 録            |      |            |   |   |                |     |             |  |  | HBs<br>-Ag  | +- | アレル<br>ギ- | 無・有 ( ) |  |
|------------------|------|------------|---|---|----------------|-----|-------------|--|--|-------------|----|-----------|---------|--|
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | HCV<br>-Ab  | +- |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | HIV         | +- | 禁忌        |         |  |
| No. ....         |      |            |   |   |                |     |             |  |  |             |    |           |         |  |
| 公費負担者番号          |      |            |   |   | 保険者番号          |     |             |  |  |             |    |           |         |  |
| 公費負担医療<br>の受給者番号 |      |            |   |   | 被保険者証<br>記号・番号 |     |             |  |  | 確認<br>保険証   |    |           |         |  |
| 有効期限             |      |            |   |   | 有効期限           |     |             |  |  | 年 月 日       |    |           |         |  |
| 受<br>診<br>者      | フリガナ |            |   |   |                |     |             |  |  | 被保険者氏名      |    |           |         |  |
|                  | 氏名   |            |   |   |                |     |             |  |  | 資格取得        |    |           |         |  |
|                  | 生年月日 | 大・昭<br>平・令 | 年 | 月 | 日生才            | 男・女 | 昭・平・令 年 月 日 |  |  |             |    |           |         |  |
|                  | 住 所  |            |   |   |                |     |             |  |  | 所在地         |    |           |         |  |
|                  | 職 業  |            |   |   |                |     |             |  |  | 所在地         |    |           |         |  |
| 傷 病 名            |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 業務<br>開始日   |    |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 年月日         |    |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 終年月日        |    |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 年月日         |    |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 転 帰         |    |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 期間満了<br>予定日 |    |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 治・中・死       |    |           |         |  |



「(枝番)」追加

### 新様式

| 診 療 録            |      |            |   |   |                |     |             |  |  | HBs<br>-Ag  | +- | アレル<br>ギ- | 無・有 ( ) |  |
|------------------|------|------------|---|---|----------------|-----|-------------|--|--|-------------|----|-----------|---------|--|
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | HCV<br>-Ab  | +- |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | HIV         | +- | 禁忌        |         |  |
| No. ....         |      |            |   |   |                |     |             |  |  |             |    |           |         |  |
| 公費負担者番号          |      |            |   |   | 保険者番号          |     |             |  |  |             |    |           |         |  |
| 公費負担医療<br>の受給者番号 |      |            |   |   | 被保険者証<br>記号・番号 |     |             |  |  | 確認<br>保険証   |    |           |         |  |
| 有効期限             |      |            |   |   | 有効期限           |     |             |  |  | 年 月 日       |    |           |         |  |
| 受<br>診<br>者      | フリガナ |            |   |   |                |     |             |  |  | 被保険者氏名      |    |           |         |  |
|                  | 氏名   |            |   |   |                |     |             |  |  | 資格取得        |    |           |         |  |
|                  | 生年月日 | 大・昭<br>平・令 | 年 | 月 | 日生才            | 男・女 | 昭・平・令 年 月 日 |  |  |             |    |           |         |  |
|                  | 住 所  |            |   |   |                |     |             |  |  | 所在地         |    |           |         |  |
|                  | 職 業  |            |   |   |                |     |             |  |  | 所在地         |    |           |         |  |
| 傷 病 名            |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 業務<br>開始日   |    |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 年月日         |    |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 終年月日        |    |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 年月日         |    |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 転 帰         |    |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 期間満了<br>予定日 |    |           |         |  |
|                  |      |            |   |   |                |     |             |  |  | 治・中・死       |    |           |         |  |