

問 診 票

☆本日の診察の参考にいたしますので、当てはまる所にご記入ください。

☆現在、通院している医療機関がありますか？ いいえ ・ はい（病院名： _____）

フリガナ 氏 名 (男・女)	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所 〒 _____	
電話番号 _____	携帯電話 _____
緊急連絡先（続柄）	

☆紹介状がありますか？ ある（病院名： _____） ・ ない

① 今日どのようなことで来られましたか？ _____ 体温 _____ °C

② そのような状況はいつからですか？ (_____ 頃)

③ その事で他院を受診されましたか？ はい ・ いいえ

④ 現在、治療を受けておられる病気はありますか？

- ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病 ・ 前立腺肥大症
- ・ 胃腸病 ・ 緑内障 ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ 脳血管障害（脳梗塞・脳出血）
- ・ その他 (_____)

⑤ 現在、服用しているお薬はありますか？ ある ・ ない

※現在服用しているお薬がある場合はお薬手帳をお出しく下さい。

⑥ アレルギーはありますか ある ・ ない

ある方は何のアレルギーですか？ (薬 ・ 食物 ・ その他 _____)

⑦ 飲酒は1日 _____ ・ 煙草は1日 _____ 本

⑧ 現在妊娠されていますか？（女性のみ） はい ・ いいえ

⑨ その他、何か伝えたい事があればお書きください。

⑩ マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ はい ⑪へ ・ いいえ

⑪ この一年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？

いいえ ・ はい（受診時期 _____ 頃 指摘事項など _____）

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（保険証のみ） 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）