

問 診 票

令和 年 月 日

☆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 今日は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 これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ (入院や手術を要する病気等)
・ 病名、時期、医療機関、治療内容等 ()

⑤ 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 ()

⑥ 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ご提示ください。(マイナ保険証による情報取得に同意された患者様については、直近1か月以内の処方薬を除き省略可能)

⑦ 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)

⑧ 飲酒は1日 _____ ml/お酒の種類 _____ ・ 煙草は1日 _____ 本 / 喫煙年数 _____ 年

⑨ 現在、妊娠中・授乳中ですか？ (女性のみ) はい (妊娠 _____ ヶ月) ・ いいえ

⑩ その他、何か伝えたい事があればお書きください。

⑪ マイナ保険証 (マイナンバーカード保険証紐づけ) による診療情報取得に同意されますか？
はい ⑫へ ・ いいえ

⑫ 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？ (マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については、記載を省略可能)
い 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

マイナ保険証を利用しない場合…初診時 加算 1 3点 / 再診時 (1回/3か月) 加算 1 2点
マイナ保険証を利用する場合……初診時 加算 2 1点 / 再診時 (1回/3か月) 加算 2 1点