

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・令 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 _____℃

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） ある ・ ない
・ 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？ ある ・ ない

- ・ 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：無・有/1日 _____ ml/お酒の種類 _____ ・ 煙草：無・有/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）

_____ 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 1点 / 再診時（1回/3か月）加算 1 1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