

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな

氏 名 _____ 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

住 所 : 〒

電話番号 : _____ 携帯番号 : _____ 体温 (_____ °C)

1. いつごろから、どのような症状があつて来院されましたか？

例) 3日前から、38度の熱があり、胸も苦しい。

2. これまでにかかったことのある病気があればご記入下さい。

高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 胃潰瘍 脳卒中 喘息
その他 (_____)

3. 手術を受けられたことがありますか？

・はい (何の手術ですか _____) ・いいえ

4. アレルギー (花粉症、アトピー性皮膚炎、気管支喘息など) はありますか？

・はい (花粉 : _____ 食物 : _____ 薬 : _____) ・いいえ

5. タバコは吸われますか？

・はい (1日 _____ 本を _____ 年間 _____ ぐらい) ・いいえ

6. 飲酒されますか？

・はい (日本酒 ビール 焼酎 ウイスキー を1日 _____ ml) ・いいえ

7. 妊娠の可能性はありますか？

・ある ・ない ・授乳中

8. 本日、食事はしてきましたか？

・していない ・してきた (_____ 時 _____ 分 _____ ごろ)

9. 治療にあたって漢方薬の使用を希望されますか？

・希望しない ・希望する ・医師と相談して決める

裏面に続きます

10. マイナンバー保険証による診療情報の取得に同意されますか？

- ・ 同意しない
- ・ 同意する

11. 他医療機関からの紹介状はお持ちですか？

- ・ はい
- ・ いいえ

12. ここ6か月以内に、他医療機関で血液検査を受けられましたか？

- ・ はい
- ・ いいえ

13. 現在、他医療機関に通院されていますか？

- ・ はい
- ・ いいえ

14. 現在、処方されているお薬はありますか？

- ・ はい
- ・ いいえ

15. この1年間で、「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？

- ・ はい
- ・ いいえ

16. このクリニックをどちらでお知りになりましたか？

- ・ 知人家族より
- ・ 広告
- ・ 新聞
- ・ 雑誌
- ・ 当院ホームページ
- ・ その他 ()

◎他医療機関からの紹介状、検査結果、書類等ご持参の方は、受付にお出してください。

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(マイナ保険証を利用しない場合)：6点 加算2(マイナ保険証利用の場合)：2点