

問 診 票

ID	
----	--

ふりがな				記入日	年	月	日
お名前				性別	男	女	
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月	日 () 歳
住所	_____						
電話番号	ご自宅： ()	-	携帯： ()	-			

- ① 当院にお見えになったのは 1. 初めて 2. (年 ヶ月) 前に来院した
- ② 紹介状はお持ちですか？ 1. はい 2. いいえ
- ③ マイナ保険証を本日ご利用されますか？ 1. はい 2. いいえ
 上記で【はい】の場合、診療情報を利用させて頂いて良いですか？ 1. はい 2. いいえ
- ④ 今日はどのような症状で来院されましたか？
 (_____)
体温： _____ °C
- ⑤ 症状はいつ頃からですか？
 (_____)
- ⑥ 現在、他院に通院されていますか？ 1. はい 2. いいえ
 どのような症状で？ (_____)
- ⑦ 他院で処方されているお薬はありますか？ 1. はい 2. いいえ
 お薬の名前 (_____)
 お薬手帳はありますか？ 1. はい 2. いいえ
- ⑧ 今までに病気・検査異常を指摘されたことがありますか？ 1. はい 2. いいえ
 いつ、どのような？ (_____)
- ⑦ 手術をしたことはありますか？ 1. はい 2. いいえ
 いつ、どのような？ (_____)
- ⑧ この1年間で特定健診、高齢者検診を受診しましたか？ 1. はい 2. いいえ
 指摘された項目はありますか？ (_____)

【 裏 面 に 続 き ま す 】

問 診 票

- ⑨ 薬や食べ物に対してアレルギーはありますか？
1. はい（ ） に対して） 2. いいえ
- ⑩ ご家族（血縁）に以下の病気の方はおられますか？
1. 高血圧（ ） 2. 糖尿病（ ） 3. 脳疾患（ ）
4. 心疾患（ ） 5. がん（ ） 6. その他（ ）
- ⑪ 飲酒 飲まない ・ 飲（何を： ） どのぐらい： ml/日 約 年）
- ⑫ 喫煙 吸わない ・ 吸（ ） 本/日 約 年）
- ⑬ 睡眠状態 良好 ・ 不良
- ⑭ 便秘 良好 ・ 便秘 ・ 下痢 ・ その他（ ）
- ⑮ 排尿 良好 ・ 不良

女性の方のみお答えください

- ⑯ 現在妊娠していますか？または可能性がありますか？ 1. はい 2. いいえ
- ⑰ 現在授乳中ですか？ 1. はい 2. いいえ

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致します。

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 ・加算2(マイナ保険証を利用した場合) 2
※令和5年4月～12月のみ (初診時) ・加算1 6点 (再診時) ・加算3(マイナ保険証を利用しない場合) 2点※