

問診票

ID _____

_____年 _____月 _____日

フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒		
電話番号	自宅：	携帯：	

本日の診療内容について、該当項目に○を付けてください。 (来院時体温： _____℃)

- ・喉の痛み ・咳 ・鼻水 ・頭痛 ・吐き気 ・下痢 ・嘔吐 ・だるさ
・寒気 ・痰 ・腹痛 ・関節痛 ・膀胱炎 ・花粉症
・保険外診療 (にんにく注射・ピロリ菌外来・インフルエンザ予防薬)
・その他 (以下にご記入ください)

直近の渡航歴 なし ・ あり (いつ頃： _____ 渡航先： _____)

症状はいつ頃からありますか。 (_____)

現在治療中の病気、通院中の医療機関はありますか。 いいえ ・ はい

- ・高血圧 ・糖尿病 ・緑内障 ・喘息 ・肝臓病 ・腎臓病 ・高脂血症
・痛風 ・心臓病 ・貧血 ・胃潰瘍 ・甲状腺疾患 ・その他 (_____)
(医療機関名： _____)

現在内服中のお薬はありますか。 (お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。)

いいえ ・ はい (_____)

入院・手術歴はありますか。

いいえ ・ はい (_____)

お薬・食べ物などのアレルギーがでた事がありますか。

いいえ ・ はい (_____)

※女性の方のみお答えください。

- ・妊娠の可能性はありますか。 いいえ ・ はい
・妊娠中ですか。 いいえ ・ はい (_____ 週目)
・授乳中ですか。 いいえ ・ はい

本日は他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。

いいえ ・ はい

マイナ保険証 (保険証と紐づけされたマイナンバーカード) をお持ちですか。

いいえ ・ はい

※「はい」と答えた方のみお答えください。

本日、診療情報取得に同意されましたか。 いいえ ・ はい

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤設備体制充実加算の算定医療機関になります。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。