

問 診 票

(分かる範囲でご記入下さい)

ふりがな	性別	男・女	年齢	歳
お名前	職業		利き手	右・左
生年月日 T・S・H	身長	cm	体重	kg
住所				
電話番号 自宅：	携帯：			

1. どのような症状がいつ頃からありますか？

2. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ はい ()

3. 現在服用中のお薬はありますか？ (お薬手帳があれば内容は省略可)

いいえ はい ()

4. 薬・その他のアレルギーがありますか？

いいえ はい ()

5. 今までに大きな病気や手術をしたことはありますか？

いいえ はい (病名 時期)

6. お酒は飲みますか？

いいえ はい (ビール ml 本、焼酎水割り 杯、日本酒 合、他)

7. タバコは吸いますか？

いいえ はい (1日 本 歳～) 過去に喫煙 (1日 本 歳～ 歳)

8. 女性の方にお聞きします。

妊娠されてますか？ いいえ わからない はい (週目)

授乳中ですか？ いいえ はい

9. この1年間で健診 (特定健診、高齢者健診) を受診しましたか

いいえ はい (時期： 指摘事項：)

※マイナンバーカードによる情報取得に同意した場合、記載を省略可

10. マイナンバーカードを持参した方のみ：診療情報取得に同意しましたか いいえ はい

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1：4点 加算2：2点 (マイナ保険証を利用した場合)

ご記入ありがとうございました