

問 診 票

受診日 令和 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		昭和 平成 令和 年 月 日
住所	〒(-)	TEL
小児のみ	出生時の週数・日数・体重(週 日 g)	身長 cm ・ 体重 Kg

■受診希望科 (内科・皮膚科・小児科・健診・予防接種・その他)

■本日はどうなさいましたか。具体的に _____ (体温 _____ °C)

■いつ頃からですか？ 約 _____ 頃から

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？ はい・いいえ
(はいの回答の方 紹介状(情報提供書) ありますか？ はい・いいえ)

■今まで大きな病気あるいは現在治療中の病気がありますか？

なし・あり →どんな病気でしたか？ _____ いつ頃(約 _____ ヶ月前/約 _____ 年前)
現在治療中： _____ (医療機関 _____)

■現在飲まれているお薬はありますか？※お薬手帳があれば一緒にお出してください

なし・あり →どんなお薬ですか？ (_____)

■今までなにかのアレルギーといわれたことがありますか？

なし・あり (薬： _____ 食品： _____ その他 _____)

■たばこ：吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている： _____ 本/日 (_____ ~ _____ 歳)

■酒：飲まない

飲む：毎日・週()回・月() (種類： _____ 量： _____)

■女性の方のみお答えください

妊婦の可能性：あり【 週】・なし・可能性あり 授乳中：はい・いいえ

■マイナ保険証による診療情報(受診歴、薬剤情報、特定健診情報等)の取得について

同意する・同意しない

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 6 点/加算 2 点(マイナ保険証使用した場合)

※医療情報・システム基盤整備体制充実加算(再診時)；加算 2 点/加算なし(マイナ保険証使用した場合)