

問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	年齢	生年月日
		才	T・S・H 年 月 日
連絡先	〒	TEL	
職業			E-mail :

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？

(はい ・ いいえ ・ わからない)

・はい以外の方→ この1年で特定検診あるいは高齢者健診を受けましたか？

(はい ・ いいえ)

■本日はどうなさいましたか。(症状の内容 発症時期 経過)

_____ (体温 _____℃)

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？

(_____)

■他の医療機関の紹介状を持参されていますか？ (はい ・ いいえ)

■下記の疾患があれば点チェックをお願いします。

糖尿病 緑内障 気管支喘息 前立腺肥大症

■現在治療中の病気がありますか？

- ・なし
- ・あり → どんな病気・けがでしたか？

()

(医療機関名 : _____)

■現在飲まれているお薬はありますか？(薬手帳の提示でも構いません)

- ・なし
- ・あり → どのようなお薬ですか？

()

■これまでに大きな病気(手術や入院を要する病気)にかかったことがあります

か？ (あり ・ なし)

病名 ()

時期 ()

医療機関 ()

治療内容 ()

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

・なし ・あり

(薬: 食品: その他:)

■喫煙歴:

(吸わない ・ 過去に吸っていた ・ 現在も吸っている: 本/日、 年)

■妊婦の可能性: あり ・ なし 授乳中: はい ・ 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)