

ID: _____
日

受診日 令和 年 月

問 診 票 (中学生以下)

お名前	フリガナ		
生年月日	平・令 年 月 日 () 才	性 別	男・女
住 所	フリガナ		
	(〒 -)		
連絡先	携帯電話	自宅電話	体 重 kg

- ◆今日どのような症状で、来院されましたか。
発熱 頭痛 せき 鼻水 のど痛 嘔吐 腹痛 下痢 便秘 湿疹 喘息
頻尿 夜尿 包茎
その他
()
・それはいつ頃からですか。 約 () 日前から・週間前から・ヶ月前から・年前から
- ◆他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。 いいえ・はい ()
- ◆現在、他の医療機関に通院していますか。
いいえ・はい (医療機関名：
受 診 日：
治 療 内 容：
)
- ◆現在、治療中の病気はありますか。
ない・ある ()
- ◆現在、服用中のお薬はありますか。 ※
(* マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近 1 ヶ月以内の処方薬を除き記載を省略可能です。)
ない・ある ()
- ◆アレルギーについて
・薬のアレルギーはありますか。 ない・ある ()
・食べ物のアレルギーはありますか。 ない・ある ()
- ◆今までに、薬や注射などで副作用が起きたことはありますか。
ない・ある ()
- ◆今までに、手術を受けたことはありますか。
いいえ・はい ()
- ◆マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。 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 6点
(マイナ保険証ご利用の場合) 加算 2 2点