

ID: _____
日

受診日 令和 年 月

問 診 票

お名前	フリガナ		
生年月日	大・昭・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	

◆今日どのような症状で、来院されましたか。
(
・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。 ※1
(※1 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 ()

◆この 1 年間で健診 (特定健診及び高齢者検診に限る) を受診しましたか。 ※2
(※2 マイナ保険証による情報取得に同意された方は、記載を省略可能です。)
いいえ・はい (受診時期:
指摘事項:)

◆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 ()

◆タバコは吸いますか。
吸わない・吸う (一日 本) ・禁煙した (年前から)

◆女性の方
・現在妊娠されていますか。 いいえ・分からない・はい (週目)
・授乳中ですか。 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