

## 問診票

フリガナ		生年月日	性別
氏名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	男・女・その他
住所	〒		職業
自宅電話：		携帯電話：	

♥マイナ保険証（マイナンバーカードによる健康保険証利用）による診療情報取得に同意されますか。

はい  いいえ

♥他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

はい  いいえ

♥本日はどうなさいましたか

(( ))

(( ))

♥いつ頃からですか？

(( ))

♥現在治療中の病気はありますか？ 今まで病気、入院、手術をしたことがありますか？

いいえ  はい・・・ある場合はご記入ください

(( ))

♥現在飲まれているお薬

なし  あり ※お薬手帳をお持ちの方はお見せください。

(( ))

♥薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ  はい・・・ある場合はご記入ください

(( ))

♥この1年間で健康診断（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

はい → ( 年 月頃)  いいえ

※マイナ保険証による情報取得に同意した患者様は省略可能です

♥生活習慣について

お酒： 飲まない  飲む ビール・焼酎 ml / 日本酒 合 / 洋酒 ml

たばこ： 吸わない  禁煙した ( 年前から) / 吸う (1日 本)

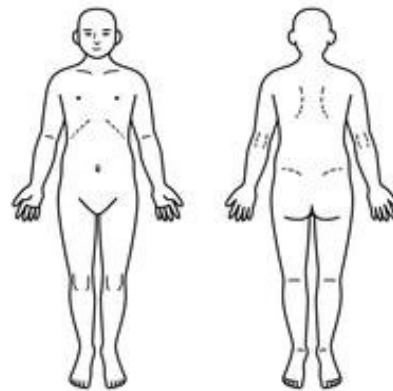
♥女性の方にお伺いします

・妊娠中ですか？  いいえ / はい ・授乳中ですか？  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1：6点（通常保険証） 加算2：2点（マイナ保険証）



症状箇所に印をつけてください