

問診票

フリガナ		生年月日	性別 男・女
氏名		大正・昭和・平成・令和	身長 cm
		年 月 日	体重 kg
住所	〒		職業
電話番号：		緊急連絡先：	続柄 ()

♥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

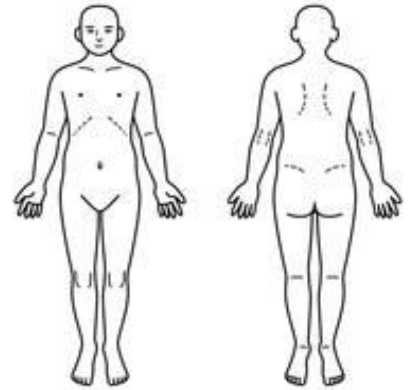
♥本日はどうなさいましたか

(())

(())

♥いつ頃からですか？

(())



症状箇所に印をつけてください

♥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,高齢者健診,職場健診等）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。

◆医療情報取得加算（初診時）：1点、（再診時3カ月に1回）：1点