

問 診 票

ふりがな					男 ・ 女
氏 名					
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦	年	月	日	才
住 所	〒 -				
電話番号	() -				

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？ また他の医療機関からの紹介状はありますか？ (はい・いいえ)

●いつから (月 日 時頃から) (日前頃から)

●どこが、どんな感じですか？

部位: _____ 体温 (. °C)

症状: _____

2. 今までにかかった病気はありますか？ (○で囲んでください) (はい・いいえ)

高血圧・糖尿病・高脂血症・脳疾患・心臓病・肝臓病・腎臓病・前立腺肥大
胃潰瘍・リウマチ・痛風・喘息・結核・褐色細胞腫・その他()

3. 現在、通院している他医療機関、また処方されているお薬はありますか？ (はい・いいえ)

医療機関名() 受診日() 治療内容()
処方内容() かかりつけ薬局()

4. 最近、周囲に新型コロナウイルス・インフルエンザと診断された方はおられますか？ (はい・いいえ)

5. これまでに入院や手術を要する病気にかかれたことはありますか？ (はい・いいえ)

病名() 医療機関名()
手術部位() いつ頃受けられましたか？(年 月頃)

6. 薬や食べ物でアレルギーを起こされたことはありますか？ (はい・いいえ)

はいの方⇒原因となったもの() 症状() いつ頃()

7. 喫煙歴はありますか？ (はい・いいえ)

はいの方⇒ _____ 本/日 _____ 歳から _____ 歳まで _____ 年間

8. アルコールは飲みますか？ (はい・いいえ)

はいの方⇒ _____ 回/週 1回量()

9. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ (はい・いいえ)

受診時期() 指摘事項()

10. 女性の方にお聞きします。現在妊娠中または授乳中ですか？ (はい・いいえ)

妊娠中の方⇒ _____ 週

11. マイナ保険証による診療情報取得に同意頂けますか？ (はい・いいえ)

★ 介護保険について、当てはまるものに☑をつけてください。

要支援 1□ 2□ 要介護 1□ 2□ 3□ 4□ 5□

未 □ 申請中 □ (新規・更新・変更)

ケアマネ名() 事業所()

★ 個人情報保護の取り扱いについて同意します。

ご本人自署 _____

代理人 _____

続柄 _____

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致します。
※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)