

問診票

受診日 年 月 日

受診者

フリガナ		生年月日	大正				
氏名	男・女		昭和	年	月	日	歳
			令和				

問診

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？	はい いいえ
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・指摘事項等（ ）	
他の医療機関からの紹介状を持っていますか？	はい いいえ
今日はどのような症状ですか？	1.熱がある（ ℃） 2.のどが痛い 3.咳が出る 4.体がだるい 5.お腹が痛い 6.下痢をしている 7.その他具体的に（ ）
検査の相談ですか？	1.胃・大腸カメラ検査 2.CT撮影 3ピロリ菌検査 4.その他（ ）
治療希望の慢性疾患はありますか？	1.糖尿病 2.高血圧 3.高脂血症 4.膠原病 5.その他（ ）
薬・食物などのアレルギーはありますか？	はい いいえ はいの方（薬： 食物： ）
通院中の病気はありますか？	はい いいえ はいの方（病名： 病院名： ）
内服している薬はありますか？	はい いいえ はいの方はお薬手帳をご準備ください
女性の方にお聞きします	妊娠・または妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ 妊娠中 （ 週 日）
最近1ヶ月の間海外に行かれたり、行った方と接触しましたか？	はい いいえ
はいの方にお伺いします	行先又は相手の行先 （ ） 渡航期間又は接触した日 日間 月 日
経過等について、医師に伝えたいことがあればお書き下さい。	

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 6点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）
 （再診時）加算3 2点