

問診票

記入日：令和 年 月 日

生年月日： S・H・R 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( 男 ・ 女 )

電話番号：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

携帯番号： \_\_\_\_\_

来院時の体温

〒 : \_\_\_\_\_ 度

住所： \_\_\_\_\_

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）

- マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか。 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、どうされましたか。いつから、どんな症状がありますか。
- 今までに、病気や手術をしたことがありますか。
- 現在、処方されている薬はありますか。
- この1年間に、特定健診や高齢者健診を受けたことがありますか。
- これまでに、薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか。
- アルコールをのみますか。 飲む 飲まない
- タバコを吸いますか。 吸う 吸わない 以前吸っていた
- 女性の方におたずねします。  
妊娠： している していない しているかもしれない