

# 問 診 票

ふりがな		性 別	男	女
お名前	様	生年月日	明・大・昭・平	
			年	月 日 生

1. 本日来院された理由について、当てはまるものに○を付けてください。  
 診察          健康診断          検診（部位：          ）

2. 診察の方へ、今日の症状についてお伺いします。

・いつからどんな症状ですか？

体温：          °C

・紹介状はお持ちですか？          はい          いいえ

3. 今までにかかった病気についてお伺いします。

・当てはまるものに○を付けてください。

心 臓 病	肝 臓 病	腎臓疾患	肺 疾 患
脳 疾 患	糖 尿 病	高血圧症	喘 息
リウマチ	そ の 他	{	
な い			
内服中のお薬はありますか？		{	

・手術を受けたことがありますか？

ない          ある（          年頃          の手術を受けた。）

・アレルギーはありますか？

ない          ある  
 {          のアレルギーがある。}

4. 過去1年以内に海外に行きましたか？          いいえ          はい（          国名          ）

5. 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？          いいえ          妊娠中・授乳中

裏面もご記入お願いします。

6. 現在、他の医療機関に通院していますか？

いいえ

はい（医療機関名： \_\_\_\_\_ 最終受診日： \_\_\_\_\_）

7. 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？

※マイナンバー保険証による情報取得に同意した方は記載省略可能

いいえ

はい（指摘事項： \_\_\_\_\_ 受診時期： \_\_\_\_\_）

8. マイナンバーカード保険証による診療取得に

同意する

同意しない

持っていない

9. ご住所、お電話番号等に変更ある方はご記入お願いいたします。

〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

この問診票で得た情報は、診療以外には使用しません。

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、マイナンバーカード保険証のご利用をお願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1→6点 加算2→2点マイナンバーカード保険証を利用した場合