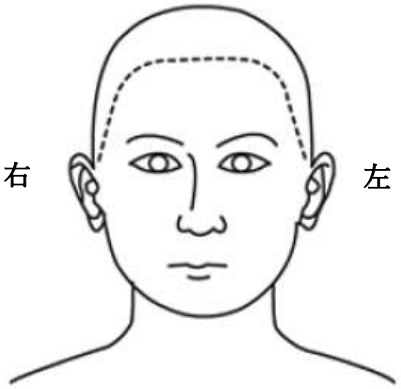
問診票

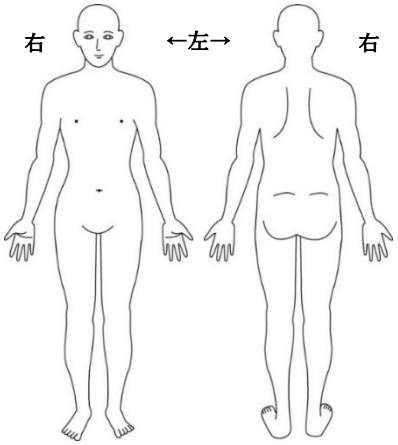
ふりがな		男 女	大・昭・平・令 年　月　日　歳
お名前			
住所	〒		体温　℃
電話番号	自宅　携帯		

■マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　□しない　□する　□持っていない

■他の医療機関からの紹介状はありますか？　□ない　□ある

■本日受診した症状についてお聞きします。(印をつけて下さい)





■いつからですか？(　　)

(かゆい・痛い・しこりがある・赤み
腫れ・虫刺され・蜂刺され・熱感・乾燥)

■今の症状で、他の病院・医院などで治療を受けましたか？　□いいえ　□はい

■他の病院などへ通院をしていますか？　□していない　□している(病院名　　)

■現在、他の病院から薬をもらっていますか？　□いいえ　□はい(お薬手帳を提出してください)

■これまでに大きな病気にかかったことがありますか？　□ない　□ある(下記にご記入ください)

■40 歳以上の方　この 1 年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したことがありますか？
□ない　□ある

■これまで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？
□ない　□ある(下記にご記入ください)

■女性の方　現在、妊娠中又は授乳中ですか？　□該当　□該当しない

○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・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)