

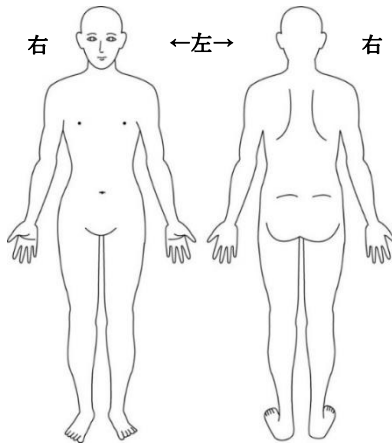
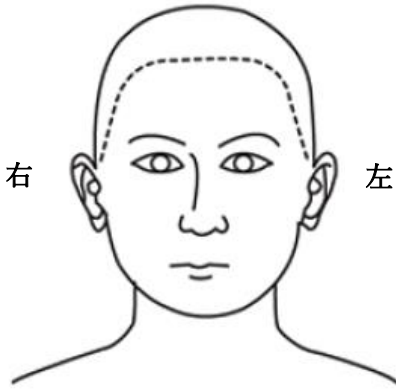
# 問診票

|      |       |        |         |       |
|------|-------|--------|---------|-------|
| ふりがな |       | 男<br>女 | 大・昭・平・令 |       |
| お名前  |       |        | 年 月 日 歳 |       |
| 住所   | 〒     |        | 体温 °C   | 体重 kg |
| 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。

2024年12月より、医療情報取得加算として初診日に1点、再診日(3ヶ月ごと)に1点の料金がかかります。