

問診票

令和 年 月 日

フリガナ		明治・大正 昭和・平成	年 月 日
お名前			
住所	〒 -		
電話番号	携帯	自宅	

体温	°C
----	----

1、以下の症状に当てはまるものがあれば✓を入れてください。

- 頭痛 咳 関節痛・筋肉痛 腹痛 吐き気・嘔吐
 のどの痛み 鼻水・鼻づまり 倦怠感 下痢
 その他の症状 _____

2、その症状はいつからですか？

3、現在、他の医療機関に通院していますか？

医療機関名		治療内容	
医療機関名		治療内容	
医療機関名		治療内容	

4、これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

- ① 病名 _____ (歳頃)
② 病名 _____ (歳頃)
③ 病名 _____ (歳頃)

5、これまでに、薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？

- なし あり (名称: _____)

6、女性の方へ

- 妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ
現在授乳中ですか？ はい いいえ
最終月経はいつですか？ (月 日から 日間) 閉経している

7、健診結果や他院からの紹介状はありますか？

- はい いいえ ※お持ちの方はスタッフにお渡してください。

※裏面の記入もお願いいたします。

8、マイナ保険証の方へ

病院の診療情報及び薬剤情報等の取得に同意しますか？ はい いいえ

9、当院のことをどこで知りましたか？該当するものに✓をいれてください。

- ホームページをみて 家族・友人のご紹介 路上広告
 病院検索サイト その他()

- ご記入ありがとうございました。なお、ご記入いただいた個人情報は診療目的以外に使用いたしません。
ご希望・ご質問がございましたらスタッフにお尋ねください。

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(マイナ保険証の利用をしなかった場合) 加算2⇒2点(マイナ保険証を利用した場合)