

# 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)