

問診票

受診日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日	年齢
氏名		男・女			歳
住所	〒			電話	【自宅】 【携帯】

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

- いいえ はい
 持っていない

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・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

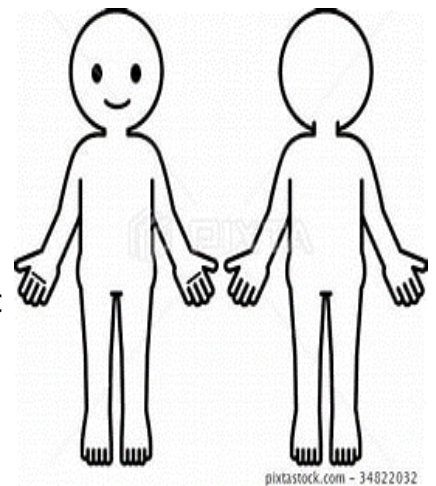
1. どのような症状で来院されましたか？

*いつ頃からですか？

*どこですか？ ※痛みやケガは、右の絵に印をつけてください。

*どんな症状ですか？

- 発熱 最高 _____℃ 来院時の体温 _____℃
 痛み しびれ 腫れ 嘔気・嘔吐 下痢
 その他(具体的に)



2. 現在、治療中の病気はありますか？

- ない
 ある→ 高血圧 糖尿病 高脂血症 脳梗塞 心臓病 喘息 肺疾患 肝臓疾患
胃・十二指腸潰瘍 血液の病気 婦人科疾患 その他 ()

※ 現在、内服中のお薬はありますか？(お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい。)

3. アレルギーはありますか？

- *薬品 ない あり () *その他 ない あり []
*食べ物 ない あり ()

4. 女性の方にお尋ねします。

妊娠中または妊娠の可能性がある ある (月) 授乳中 ない

◆医療情報・医療情報取得加算(初診時)加算① 3点 加算② 1点(マイナ保険証を利用し同意した場合)