

問診表

内科系

ふりがな

名前

性別

男・女

生年月日

年

月

日

年齢

歳

住所 〒

電話番号

携帯番号

○マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（初診時のみ、マイナ保険証を使用する際には同意が必要です）

はい、同意します ・ いいえ、同意しません

○他の医療機関からの紹介状はございますか？

はい（医療機関名 _____） ・ いいえ

○症状はいつ頃からですか？

本日から ・ 昨日から ・ 数日前から ・ （ _____ ） ごろ前から

○今日はどうかさいましたか？当てはまる症状に○をつけて下さい

- ・ 熱がある ・ 喉が痛い ・ 鼻みず ・ 鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ 関節痛
- ・ めまい ・ 胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れ ・ 胸の圧迫感 ・ 顔や体のむくみ
- ・ 腹痛 ・ お腹がはる ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 食欲がない ・ 便秘
- ・ その他（ _____ ）

○現在治療中の病気はありますか？又お薬は飲んでいますか？

いいえ ・ はい（薬剤名 _____）

お薬手帳 ない ・ ある *お薬手帳のある方は薬剤名を省略していただいて結構です。

病院名（ _____ ）

○今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？ ない ・ ある

病名（ _____ ） 手術（ _____ ）

病名（ _____ ） 手術（ _____ ）

○アレルギーはありますか？

お薬 ない ・ ある（薬品名 _____）

食物 ない ・ ある（食物名 _____）

その他のアレルギー（ _____ ）

女性の方のみお答えください

・ 妊娠されていますか？ いいえ ・ 可能性がある ・ はい（ _____ 週目）

・ 授乳中ですか？ いいえ ・ はい

介護保険をお持ちですか？ いいえ ・ はい（次の問いへ）

はいとお答えの方、デイサービスまたはデイケアサービスのご利用はありますか？

いいえ ・ はい

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16点（従来の保険証使用、マイナ保険証利用の際に、診療情報取得に同意の場合）加算22点（マイナ保険証を利用し、かつ診療情報取得に同意した場合）