

問診票

年 月 日

ふりがな			生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
氏名					男	女	() 才
住所				電話	自宅	() -	-
					携帯	-	-

・本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい ・ いいえ

・マイナ保険証(保険証と紐付けされたマイナンバーカード)をお持ちですか？

はい ⇒本日診療情報取得に同意されましたか？(はい ・ いいえ)
 いいえ

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

- 発熱 最高 _____℃ 来院時の体温 _____℃
頭痛 のどの痛み 咳 鼻水 鼻づまり 食欲がない 嘔気・嘔吐
腹痛 下痢 便秘 胸の痛み 息苦しさ 発疹
その他 _____

その症状はいつからありますか？ _____

2. 現在、他の医院、病院へ通院していますか？

いいえ
 はい ⇒病名 _____ 医療機関名 _____

 最終受診日 _____

3. 現在服用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)
 ※マイナ保険証による情報取得に同意いただいた方は直近1ヵ月以内の処方薬以外は省略可。

いいえ
 はい ⇒薬剤名 _____

4. 今までに大きな病気にかかったことがありますか？(入院や手術を要する病気等)

いいえ
 はい ⇒ () 才 _____

医療機関名 _____

裏面につづく⇒

5. 今までに薬や注射、食べ物等でアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなる等）が出たことがありますか？

いいえ

はい ⇒ 原因となったもの _____

症状 _____

6. この1年間で健診を受診されましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意いただいた方は、特定健診・高齢者健診については省略可。

いいえ

はい ⇒ 受診時期 _____

指摘されたこと _____

7. アルコール、たばこについて

アルコール	種類	日本酒	、	ビール	、	ウイスキー	、	焼酎
	一日量	_____合	_____本	_____杯	_____杯			
たばこ	_____本/日							

8. 女性の方にうかがいます

現在妊娠の可能性はありますか？あるいは授乳中ですか？

いいえ

はい ⇒ [妊娠中 (_____ 週) ・ 授乳中]

9. その他、気になることやご要望があればご記入ください

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。

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。