

# 問診票

年 月 日 様 身長 cm  
体重 kg

○今日はどうかさいましたか

発熱( 度) 咳 鼻水 喉の痛み 頭痛  
吐き気 嘔吐 下痢 腹痛  
動悸 息切れ めまい 立ちくらみ 疲労感 倦怠感  
関節痛(部位 ) 打撲 手・足こわばり  
学校・職場健診で再検査するよういわれた  
その他( )

○その症状はいつからありますか

[ ]

○他の医療機関からの紹介状を持参していますか

はい いいえ

○現在、他の医療機関に通院されていますか

はい いいえ

医療機関名[ ] 前回受診日[ ]

病名 [ ] [ 歳頃]

○現在飲んでいるお薬がある方にご記入下さい (マイナ保険証による情報取得に同意した場合は記載を省略可)

[ ]

○これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか

はい いいえ

症状[ ]

○手術を受けたことがありますか

ある 病名[ ] [ 歳頃] ない

○この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受けましたか

はい いいえ

(マイナ保険証による情報取得に同意した場合は記載を省略可)

○(男性のみ)前立腺肥大症と言われた事がありますか

ある ない

○(女性のみ)現在妊娠中ですか

はい いいえ

○輸血を受けたことがありますか

はい いいえ

○医療費明細書の発行を希望しますか

する しない

(※検査・処置・使用した薬剤等、診療に関する情報が記載されています)

○マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか

はい いいえ

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1(初診時) 6点

医療情報・システム基盤整備体制充実加算2(マイナ保険証を利用した場合) 2点