

## 問診票

フリガナ:	生年月日: 大/昭/平 年 月 日( 歳)		
お名前:	男・女	身長:	cm 体重: kg
ご住所	〒 _____		
ご連絡先	ご自宅:	携帯電話:	
マイナ保険証による診療情報取得について 同意する ・ 同意しない どちらかに○をお願いします			

## 1. 本日はどうなさいましたか? お越しいただいた理由となる症状についてお伺いいたします。

どのような症状ですか? 簡潔にご記入ください。 それはいつからですか?

《 \_\_\_\_\_ 》 ( \_\_\_\_\_ )

1-2. 他の医療機関からの紹介状や検査結果などをお持ちですか? はい・いいえ  
※はいの場合は受付にご提出ください

## 2. その他気になる事や相談したい内容はございますか?

( \_\_\_\_\_ )

## 3. 現在、治療中もしくは経過観察中の病気はございますか?

なし・あり→心臓病・高血圧・糖尿病・脂質異常症・腎臓病・脳梗塞・肝炎・喘息・ガン・その他

3-2. 現在受診している医療機関はありますか? はい・いいえ

医療機関名 ( \_\_\_\_\_ ) 受診日 ( \_\_\_\_\_ ) 治療内容 ( \_\_\_\_\_ )

## 4. 現在、服用中のお薬はありますか? ※マイナ保険証による情報取得に同意された方は回答不要

なし・あり→お薬手帳ご持参(有・無)

## 5. 今までに大きな病気、手術をうけたことはありますか?

はい・いいえ ※はいの方は詳細をお願いします (手術病名: \_\_\_\_\_ 手術日: \_\_\_\_\_ )

## 6. 1年以内に市町村の健康診断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された方は回答不要

なし・あり

## 7. 今までに薬や食品でアレルギー症状(発疹・不快感・ショック症状等)を起こした事がありますか?

なし・あり→(薬剤名もしくは食品名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ )

## 8. 喫煙歴についてお答えください。

喫煙歴なし ・ 以前喫煙していた(禁煙後 年経過・1日 本・年間) ・ 現在喫煙中(1日 本・年間)

## 9. 女性の方のみお伺いいたします。

妊娠中である ・ 妊娠の可能性がある ・ 授乳中である

## 10. よろしければ、今回当院にご来院いただいたきっかけをお聞かせください。

ネット検索 ・ YouTube ・ ホームページ ・ 広告・看板 ・ 家もしくは職場に近い ・ TV・雑誌など

家族知人の紹介 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

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算定施設です◆