

問診票

年月日

ふりがな		男 女	生年月日			年齢
氏名	様		昭和・平成・令和	年	月	日(歳)
住所	〒					
電話番号	自宅:		携帯:			

○マイナ保険証をお持ちですか？ はい · いいえ

診療情報取得に同意されましたか？ はい · いいえ

○他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい · いいえ

○どのような症状で来院されましたか？ 【】

その症状はいつからありますか？ 【】

○現在、治療中の病気はありますか？ はい · いいえ

病名【】

医療機関名【】最終受信日【】

○現在、服薬されている薬はありますか？ はい · いいえ

(お薬手帳お持ちの方はご提示下さい)※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近1か月以内の処方薬以外は省略可。

薬剤名【】

○これまでに大きな病気にかかったことはありますか？ はい · いいえ

(入院や手術を要する病気等)

病名【】時期【】

医療機関名【】治療内容【】

○この一年間で健診を受診されましたか？ はい · いいえ

※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた、特定健診及び高齢者健診については記載を省略可。

受診時期【】指摘された事【】

○これまでに薬、注射、食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？ はい · いいえ

原因となったもの【】症状【】

○現在、妊娠の可能性、又は授乳中ですか？(女性のみ) はい · いいえ

妊娠中()ヶ月 · 授乳中

当院はマイナ保険証の利用や問診票を通じて患者様の診療情報を取得、活用する事により、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・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力を宜しくお願い致します。