

日付

問診票

ID

ふりがな _____

お名前 _____ 男 女 _____ 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

〒 _____ 住所 _____

電話番号(携帯) _____ (自宅) _____

どうされましたか？(主な症状・痛み・など) ※健康診断結果のご相談の場合は、結果をご提示ください。

症状はいつから始まりましたか？① 月 日頃～② ヶ月前～③ 年前から → いつも 時々

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ ある ない

現在、他の医療機関に通院されていますか？ はい いいえ

はいの場合・・・医療機関名 _____ 受診日 _____ 治療内容 _____

現在服用中の薬などがあればお聞かせください。(※お薬手帳があればご提示ください)

薬剤名 _____

※院内調剤がある場合、手帳を⇒ ①希望する ②希望しない

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) ... ある ない

ある場合・・・病名 _____ 医療機関名 _____

時期 _____ 治療内容 _____

1年以内に健康診断等を受診されましたか？ はい いいえ

はいの場合・・・受診時期 _____ 指摘事項 _____

ご家族やご兄弟の中で、大きな病気にかかられた方がおられますか？ ... いる いない

いる場合・・・誰が？(例：親・兄弟姉妹など)・・・ _____ どのような病気？・・・ _____

くすりや注射・食べ物で、蕁麻疹やショック、アレルギーなどを起こしたことはありますか？

ある ... (具体的に) _____ ない

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？ ※授乳中ですか？

ある ない わからない はい いいえ

喫煙・飲酒について・・・ タバコ・・・吸う1日 _____ 本 _____ 年間 吸わない やめた _____ 年前

お酒・・・ 飲む 飲まない

身長 _____ cm 体重 _____ kg

よろしければご来院のきっかけをお聞かせ下さい(主な項目を1つ)

当ビル1階の看板 当院ホームページ 他医院・病院からの紹介
家族・親戚・知人からの紹介 その他(_____)

マイナ保険証利用の方は診療情報取得に同意されましたか？ 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 1・・・6点 加算 2・・・2点(マイナ保険証を利用した場合)