

問 診 票

No. _____

年 月 日

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日(才)
氏 名	男 ・ 女	住 所	〒 _____
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護	T E L	

●右図で、症状のある部位を○で囲んでください。

●いつから、どの様な症状ですか？

(交通事故 ・ 仕事中 ・ 通勤中 ・ その他)

●症状が出たきっかけは何ですか？

()

●今回の症状を他の病院で治療されましたか？

はい 病院名()
 治療内容： 手術 投薬 注射(ブロック注射含む) リハビリ その他()
 検査： レントゲン MRI 血液検査 その他()

いいえ

紹介状はありますか？ はい ・ いいえ

●現在治療中の病気がありますか？ いいえ

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 脳梗塞 喘息
 透析 胃潰瘍 肝臓病 その他()

●今までに手術を受けたことがありますか？

はい (手術名・年齢:)
 いいえ

●現在、内服している薬がありますか？※お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にお願いします。

はい ()
 いいえ

●アレルギーがありますか？(薬、アルコール、食べ物なども含めて)

はい (何のアレルギーですか？)
 いいえ

●女性の方のみお答えください。妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？

はい ()ヶ月 ()週 授乳中 いいえ

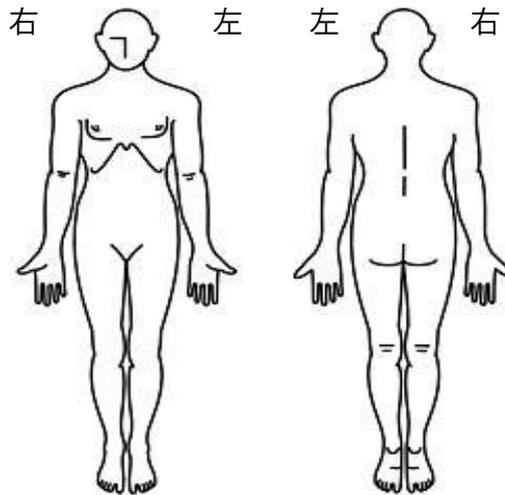
●金属、刺青、外ウー等はございますか？

はい (部位) いいえ

●当院をどのようにお知りになりましたか？

紹介 ()様
 クチコミ ・ 看板 ・ ホームページ ・ 前を通りかかって ・ その他()

※裏面のご記入もお願いいたします



No. _____

●本日は、下記のいずれをご持参されましたか？

健康保険証 マイナンバーカードの保険証(以下、マイナ保険証)

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報(服薬歴、健診歴等)を当院が取得することに同意されましたか？

同意していない
 同意した

●直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診など)を受けられましたか？

※前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。

受けていない 受けた

(健診名: _____)

(いつ頃: _____ 年 _____ 月ごろ)

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。

【医療情報取得加算】

初診時※月1回 / 1点

再診時※3ヶ月に1回 / 1点