

問 診 票

No. _____

年 月 日

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (才)
氏 名	男 ・ 女	住 所	〒 _____
介護保険	☐ なし ☐ 要支援 ☐ 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、どのような症状ですか？

()

●症状が出たきっかけは何ですか？

- ☐ 交通事故 ☐ 工作中的けが ☐ 通勤・通学
☐ スポーツ ☐ 特になし ☐ その他

()

●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 ☐ 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？

- はい ()
 いいえ ※お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にお願いします。

●アレルギーがありますか？(薬、食べ物なども含めて)

- はい (何のアレルギーですか？)
 いいえ

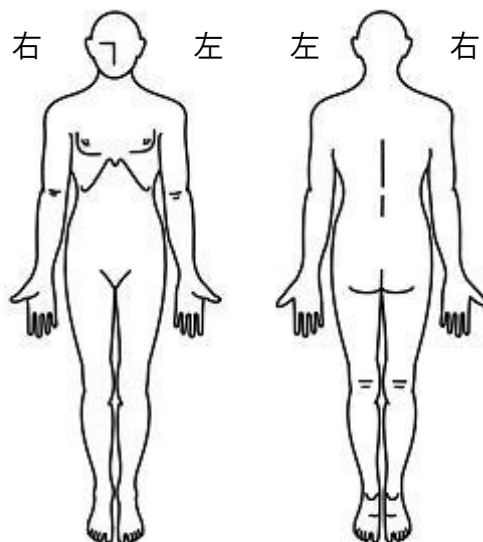
●女性の方のみお答えください。妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？

- はい ()ヶ月 ()週 ☐ 授乳中
 いいえ

●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()

裏面のご記入をお願いいたします →



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・高齢者健診・会社や学校の健康診断)を受けられましたか？

☐ 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か月に1回 / 1点