

問 診 票

No. _____

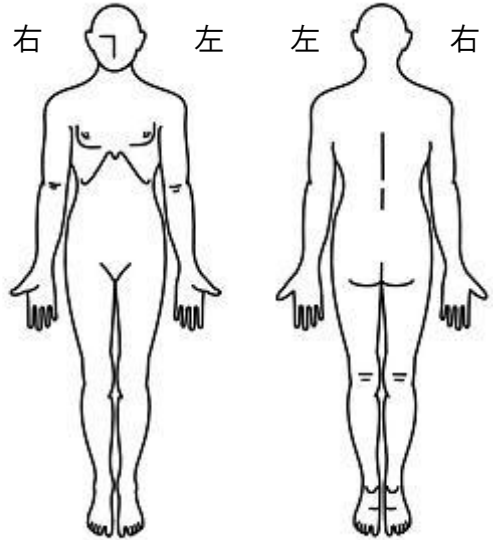
年 月 日

| | | | |
|------|---|-------|---------------------|
| 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 | <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？

()



●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。

【電子的診療情報連携体制整備加算2】 ※月1回

初診時 / 9点

再診時 / 2点