

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	☐ 要支援() ☐ 要介護()	携 帯	
	☐ なし ※介護度の記入をお願いします。	T E L	

※“日中繋がりやすい番号”をご記入ください。

●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？

()

●交通事故または労災(業務災害・通勤災害)ですか？

☐ はい ☐ いいえ

●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 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 脳梗塞 ☐ 透析

☐ 喘息 ☐ 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？

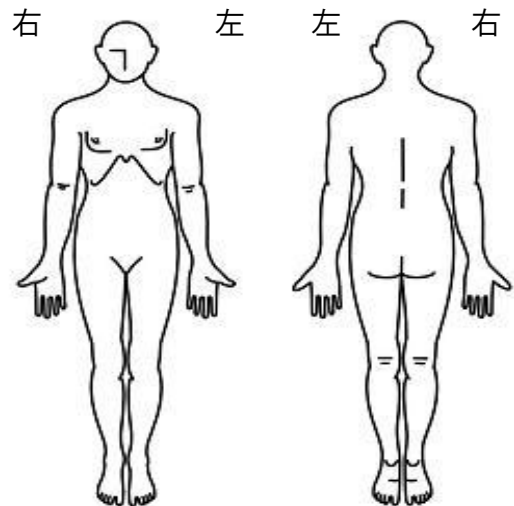
☐ はい (部位) ☐ いいえ

●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. _____

●今日は、下記のいずれをご持参されましたか？

☐ 資格確認証 ☐ 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