**体温　 　　℃**

**ＩＤ：**

**初診問診票**　　　　　　　 **令和　　年　　月　　日記入**

|  |
| --- |
| **ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日****お名前**　　　　　　　　　　　　　　　　　　**大・昭・平・令　　年　　月　　日生（満　　歳）** |
| **ご住所**　**〒　　　―　　　　　　　　　　　　お電話番号（必ずどちらかはご記入ください）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**自宅　　　　-　　　　-****携帯　　　　-　　　　-** |

1．マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？　　□はい　　□いいえ

2．本日は他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？　　　　□はい　　□いいえ

3．本日はどのような症状で来院されましたか？

上記の症状はいつ頃からですか？

5．現在治療中または今までかかったことがある病気に✓をいれ、かかった年齢をご記入

ください。

□高血圧（　　歳）　□高脂血症（　　歳） □糖尿病（　　歳）　□心臓病（　　歳）

□肝臓病（　　歳）　□腎臓病　（　　歳） □脳卒中（　　歳）

□呼吸器疾患（　　歳）　　　　　　　　　 □食道・胃・腸疾患（　　歳）

□その他（　　　　　　　 　　　　　 　　　　　　　　　　　）（　　歳）

□輸血歴あり　□手術歴あり：手術の詳細（　　　　　　　　　　　　　 　　　　）

6．お薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？

□ない　□ある ⇒（薬剤名 　　　　　　　　　　　食べ物 　　　　　　　　　　）

7．20歳以上の方にお尋ねします。

アルコール　□飲まない　□飲む ⇒ （種類　　　　　　　1日 　　杯、週 　　回）

たばこ　　　□吸わない　□吸う ⇒ （1日 　　　本　　　　　歳頃から）

8. 現在、通院中の病院はありますか？

　 □ない　□ある ⇒（病院名：　　　　　　　　　　　病名：　　　　　　　　　　　）

裏面もご記入お願いします　☞

****

9. 現在、服用中のお薬はありますか？

　　□ない　□ある ⇒（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

10. 現在、服用している健康食品やサプリメントはありますか？

　　□ない　□ある ⇒（具体的な名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

11. ご家族がかかったことのある病気があれば✓をいれてください。続柄も記入してください。

□高血圧（続柄：　　　）　□高脂血症（続柄：　　　）　□糖尿病　（続柄：　　　）

□心臓病（続柄：　　　）　□肝臓病　（続柄：　　　）　□腎臓病　（続柄：　　　）

　□脳卒中（続柄：　　　）　□呼吸器疾患　（続柄：　　　）

□食道・胃・腸疾患　（続柄：　　　）　□その他［　　　 　　　　］（続柄：　　　）

12．この1年間に、特定健診および高齢者健診を受診しましたか？

　 □受けていない　□受けた ⇒（受診日：　　　年　　月　指摘事項：　　　　　　　　）

13. 女性の方におたずねします。

　　　妊娠していますか？　　□いいえ　□はい　⇒（　　　　カ月）　□可能性がある

　　　授乳中ですか？　　　　□いいえ　□はい

♠質問は以上になります。ご協力ありがとうございました。最後に、マイナ受付に関して下記をご一読ください。

当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」を算定しており、マイナ保険証をご利用いただくと点数（窓口負担額）が変わります。

　　　　◇ 初診時に従来型の保険証をご利用の場合・・・4点

　　　　◇ 初診時にマイナ保険証をご利用の場合・・・・2点

　正確な情報を取得・活用するため、受診の際はマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

****