

ID:

体温 ℃

初診問診票

令和 年 月 日記入

ふりがな お名前 歳)	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 (満 歳)
ご住所 〒 - い)	お電話番号 (必ずどちらかをご記入ください) 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内科医療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。