

ID:

体温 ℃

初診問診票

令和 年 月 日記入

ふりがな お名前	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生(満 歳)
ご住所 〒 —	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。