

問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな 氏 名	男 女	生 年 月 日	(歳) 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
住 所	〒 アパート・マンション名 号室		
自宅電話番号	携帯電話番号		

- 今日はどのような症状で病院に来られましたか？（いつ頃から、どのような症状か）
- とくに希望される検査があればお書きください。
食事 （している ・ していない）
- 今まで治療をうけたことがある病気があれば書いてください。
（ 病名とその時期 ）
- 現在、飲んでいる薬があれば書いてください。
- 薬疹が出たり、体に合わない薬はありますか？
（ある ・ ない） ある場合はその薬の名前：
- 女性の方のみ 現在妊娠していますか？ はい いいえ わからない
- 希望する受診科があれば、○で囲んでください。
 - ・ 内 科 （消化器系： 胃腸病 肝臓病 糖尿病 その他一般内科など）
 - ・ 外 科 （一般外科 胃腸科 肛門科 乳腺外科 呼吸器外科 血管外科など）
 - ・ 脳神経外科（脳血管障害 頭部外傷 てんかん 頭痛 頸椎疾患など）
 - ・ 神経内科 （自律神経失調症 不安神経症 不眠 イライラ うつ傾向など）
 - ・ 泌尿器科 ・ 放射線科 ・ 皮膚科
 - ・ 循環器内科（循環器系： 心臓病 高血圧など） * 循環器科の問診票にご記入願います。
 - ・ 整形外科 四肢・脊柱の外傷（骨折 打撲 捻挫など） * 整形外科の問診票にご記入願います。
関節疾患（変形性関節症 リウマチなど）
脊椎疾患（腰痛 椎間板ヘルニアなど）
その他の上肢、下肢 脊柱の異常、変形など
 - ・ 眼科 * 眼科の問診票にご記入願います。

マイナンバーカードの健康保険証(マイナ保険証)に関する問診票

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。

◆医療情報取得加算(初診時)加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

1. マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか? 【はい・いいえ】
「はい」とお答えの方は、2の質問は回答不要です。
2. この1年間で特定健診(メタボ健診)または自治体健診を受診しましたか? 【はい・いいえ】
「はい」とお答えの方、受診時期、指摘されたことをお教えてください。

3. ほかの医療機関からの紹介状は持っておられますか? 【はい・いいえ】

以下の項目は、通常の問診票にお答えいただければ記載は不要です。

4. 現在、ほかの医療機関に通院しておられますか? 【はい・いいえ】
「はい」とお答えの方、医療機関、受診開始日、治療内容をお教えてください。
(お薬手帳をご持参でしたら、ご提示ください。)