

問診票

これから診察を適切に行うための問診票です。おわかりになるだけで結構ですのでご記入をお願いします。

フリガナ		性別	男性	女性
氏名		生年月日	大・昭・平・令	
			年	月 日 (満 歳)
住所	〒			
電話	- -	携帯	- -	体温 °C

1. 今日はどうなさいましたか？
2. それはいつ頃からですか？
3. これまでに大きな病気にかかったことはありますか？（入院や手術を要する病気等）
☐ いいえ
☐ はい （高血圧 胃潰瘍 糖尿病 心臓病 緑内障 喘息 肝臓病 前立腺肥大 ）
その他 （ ）
4. 現在他の医療機関に通院していますか？
☐ いいえ
☐ はい （ ） 病院 ※紹介状をお持ちの場合は受付にお預け下さい。
5. 現在のまれているお薬はありますか？
☐ いいえ
☐ はい （ ）
6. これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？
☐ いいえ
☐ はい （ ）
7. 日常生活についてお答えください
便通： 毎日 下痢気味 便秘（ ）日に1回
飲酒： 飲まない 飲む（ ）日/週 （ ）合/日
喫煙： 吸わない 吸う（ ）本/日 喫煙歴（ ）年
8. （女性のみお答えください）
最後にあった月経 年 月 日 日間
現在、妊娠中又は授乳中ですか？
☐ いいえ
☐ はい 妊娠（ ）週目 授乳中
9. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？
☐ はい ☐ いいえ

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・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）