

問 診 表

NO _____

※マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？		はい	いいえ
※他の医療機関からの紹介状を持っていますか？		はい	いいえ
氏名	ふりがな	年齢 歳	生年月日 (昭・平・令) 年 月 日
住所	〒()	男・女	TEL
◆本日はどうなさいましたか？ (具体的に)			(体温 °C)
◆上記の症状で他の医療機関の受診をされましたか？			
いいえ	はい	医療機関名	
◆現在治療中の病気はありますか？			
なし	あり	どんな病気ですか？	
		現在治療中の医療機関名	
◆現在飲まれているお薬はありますか？		※マイナンバー保険証による診療情報取得に同意した患者さんについては直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載は不要	
なし	あり	どんなお薬ですか？ (お薬手帳をご提示いただく場合は不要です)	
◆今までに大きな病気をされましたか？			
なし	あり	どんな病気でしたか？	
		いつ頃 治療された医療機関名	
◆この1年間で健診(特定健診及び後期高齢者健診に限る)を受診しましたか？			
なし	あり	※マイナ保険証による診療情報取得に同意した患者さんについては、記載は省略可能です	
◆今までアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？			
なし	あり	(薬・食品・その他)	
◆現在妊娠中又は授乳中ですか？(女性のみ)			
いいえ	はい	(妊娠周期等)	

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 6点(保険証)	●加算 2点(マイナ保険証を利用した場合)
	●再診時加算 2点(保険証)	●加算 0点(マイナ保険証を利用した場合)

裏面へ続く

普段の便通: 回/ 日 硬い・普通・軟らか 便秘薬 有・無

家族歴: 血縁関係のある方で以下の
病気の方がおられますか?

高血圧 高脂血症 糖尿病
喘息 脳卒中 癌

その他

たばこについて

- ・吸っている (本/日 × 年間)
(紙タバコ・電子タバコ)
- ・元々吸わない
- ・ 歳まで吸っていた (本/日 × 年間)

アルコールについて

飲まない 飲む(週 回)

女性の方へ

現在妊娠中ですか?

いいえ はい ヶ月目 授乳中

月経: 順調 不順
 閉経 才

ビール ml

焼酎 合

日本酒 合

ウイスキー ml

ワイン ml