

内科 問診票

| | | | |
|----------------|----------|----|--------|
| ふりがな | 生年月日 | | |
| 氏名 | 大正 昭和 平成 | 年 | 月 日生 歳 |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | 身長 | cm | 体重 kg |
| 最近の体重減少（あり・なし） | kg/ | | カ月 |

●本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

- あり→医療機関名（ ）
なし

●マイナ保険証（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）をお持ちですか？

- あり
→本日、診療情報取得に同意されましたか？（ はい いいえ ）
なし

●受診の目的（以下のあてはまる症状にチェックをつけて下さい）

- いつから（ ）
胸痛 息苦しさ 動悸 血圧が高い めまい ふらつく 食欲がない
発熱（最高 ℃）（来院前 ℃） 頭痛 咳 痰（色： ）
喉の痛み鼻水 関節の痛み 倦怠感 味覚・嗅覚障害 胃痛 腹痛
吐き気嘔吐下痢便秘その他（ ）

●現在治療中の病気

- あり→通院中の医療機関名（ ） 最終受診日（ ）
高血圧 高脂血症 心臓病 糖尿病 腎臓病 痛風 脳疾患 喘息
甲状腺アレルギー疾患緑内障
その他（ ）
なし

●現在飲んでいるお薬 なし あり ※お薬手帳をご持参ください。

お薬手帳、または診療情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付でお出し下さい。

※マイナ保険証による情報提供に同意頂いた方は、直近1ヶ月以内の処方箋以外は省略可。

【

→裏面にもあります。

●薬物アレルギー（薬剤、食物に対するアレルギーが今までありましたか。）

- あり(原因となったもの：)
(症状：)
なし

●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など)

- あり いつ (歳頃) 医療機関名()
病名 ()
なし

●嗜好品 ・アルコール 飲まない 飲む (毎日 ・ 日/週)
(日本酒 /日 ・ 焼酎 /日 ・ ビール /日 ・ ワイン /日)
・タバコ 吸わない 吸う (歳頃から 本/日 ・ 年間)

●女性の方にお伺いいたします。

- ・妊娠の有無 なし あり (ヶ月) ・授乳中ですか いいえ はい

●この1年間で健診を受けましたか？

- ※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、特定健診及び高齢者検診については省略可。
はい(受診時期：)
(指摘されたこと：)
いいえ

●来院のきっかけを教えてください。(複数回答可)

- 知人や友人の紹介 家族が通院中 近所(通りがかり) 電話帳 消防標識(看板)
インターネット(PC・スマホ) ホームページ 他院からの紹介()
その他 ()

*当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の情報提供に努めており、医療情報、システム基盤設備体制充実加算の算定医療機関です。

*マイナ保険証により正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力よろしく申し上げます。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 初診時：マイナ保険証提示「同意する又は情報が存在しない」→加算2（2点）「同意しない」→加算1（6点）
：保険証提示「保険証では情報取得できず」→加算1（6点）
※他の医療機関からの情報提供がある場合→加算2（2点）

ご協力ありがとうございました。
医療法人 しばおクリニック