

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 °C) (来院前 °C) 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お願いします。

◆医療情報取得加算

- 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（1点）「同意しない」→加算1（3点）
：保険証提示「保険証では情報取得できず」→加算1（3点）
※他の医療機関からの情報提供がある場合→加算2（1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