

# 問 診 票

【ふりがな】 \_\_\_\_\_ 記入日 年 月 日  
【生年月日】 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳)

【お名前】 \_\_\_\_\_ 【性別】 男性 ・ 女性

【同伴者様のお名前】 \_\_\_\_\_ 【続柄】 \_\_\_\_\_

◆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 )

1. 今回ご相談されたいことはどんなことですか？ (いつから、どのようにある、等具体的に)

2. 現在処方されている薬はありますか？ ( はい ・ いいえ )  
上記の薬が分かれば記載してください (薬剤名・用量・投薬期間 等)

3. 現在、病気やけがで通院中の方は病名と病院名を教えてください。

病 名 ( )

病院名 ( )

4. お薬で薬疹がでたり、気分が悪くなったりしたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

5. 以下の病気にかかれたことがあれば○をつけてください。

心臓病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ その他 ( )

6. 直近1年間で健診(特定健診、高齢者健診)を受診されましたか？ ( はい ・ いいえ )

7. 【女性の方に】現在妊娠中ですか？ ( はい ・ いいえ )

8. どのような経緯で当院を受診されることになりましたか？

インターネット ・ 看板 ・ 広告 ・ 紹介 ( ) ・ その他 ( )

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。

◆当院は医療情報取得加算の算定医療機関です。