

問診票

予防接種・健診の方は、☆印のみご記入下さい。

ID : _____

☆フリガナ		☆性別	☆生年月日	☆年齢
☆お名前		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日	歳 ヶ月
☆住所	〒 _____			
☆自宅電話		☆携帯電話		

☆オンライン資格確認システム(マイナ保険証)による診療情報取得について

同意する

同意しない

☆他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

いいえ はい

■いつからどのような症状がありますか？

_____日の(午前・午後) _____時頃から (_____°Cの熱・咳・下痢・嘔吐・腹痛)
その他… _____

■この症状で他の医療機関を受診しましたか？

いいえ はい …… → 医療機関名 _____

受診日 _____

病名 _____

■これまでに大きな病気、入院はありましたか？

いいえ はい …… → 何歳頃に？ _____

病名 _____

■現在服用中のお薬はありますか？

いいえ はい …… → お薬手帳をお持ちでなければお薬の内容 _____

■お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ はい …… → 内容は？ _____

【大人のみ】

・この一年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

いいえ はい

・現在、妊娠中または授乳中ですか？(女性のみ)

いいえ はい

☆当院をどのようにしてお知りになりましたか？あてはまるもの1つに○をお願い致します。

- 1 通りすがり・近所 2 電柱広告 3 インターネット(スマホ・PC)
4 知人より聞いた(保育園・幼稚園・学校・その他 _____)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療情報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。

◆医療情報取得加算 (初診)…1点(月1回)、(再診)…1点(3ヶ月に1回)