

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		☐ 男性 ☐ 女性	☐ S ☐ H ☐ R	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（____℃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 ホームページ（ スマホ版 ・ PC版 ） 3 Instagram
4 知人より聞いた（ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 学校 ・ その他 _____ ）
5 電柱広告

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。

◆電子の診療情報連携体制整備加算 (初診)…9点、(小児科外来診療料初診/小児かかりつけ診療料初診) …9点

【月1回】

(再診)…2点、(小児科外来診療料再診/小児かかりつけ診療料再診) …2点