

令和 年 月 日

## 問 診 票

ふりがな	生年月日 S/H/R 年 月 日 (歳)	性別 男・女	体温 ℃
お名前			
住所 〒			
連絡先電話番号	身長 cm	体重 kg	

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答えください。

●本日はどうなさいましたか？あてはまるものにチェックをつけてください。

- 発熱       のどの痛み       せき       たん       息苦しい       胸の痛み  
 頭痛       鼻水       目のかゆみ       からだがだるい  
 腹痛       吐き気       おうと       下痢       便秘       食欲がない  
 腰痛       めまい・ふらつき       血圧が高い ( / mmHg)  
 健診結果のご相談       予防接種       健康診断  
 睡眠外来 (いびき・日中の眠気・無呼吸の指摘)       禁煙外来  
 その他の症状はこちらにご記入ください。

[ ]

●現在治療中の病気

- 高血圧       高脂血症       あり       なし  
 脳こうそく       不整脈       糖尿病       腎臓病       痛風(尿酸値が高い)  
 緑内障       関節リウマチ       ぜんそく       花粉症       ダニ・ハウスダストアレルギー<sup>）</sup>  
 その他 ( )

●今飲んでいるお薬

- あり       なし

おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出しください。

[ ]

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- あり       なし

[ ]

●今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？

- あり       なし

・いつ頃 \_\_\_\_\_

・病名 \_\_\_\_\_

●生活習慣について

- ・お酒       飲む       飲まない  
 ・たばこ       吸う (1日 本 年間)       吸わない       禁煙した ( 年前から)  
 (過去喫煙歴: 1日 本 年間)

●女性の方にお伺いします

- ・現在妊娠中ですか       はい       いいえ       妊娠の可能性あり  
 ・現在授乳中ですか       はい       いいえ

●本日は、下記のいずれかをご持参されましたか？

- 健康保険証       マイナンバーカードの保険証（以下、マイナ保険証）

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

- 同意していない       同意した

●直近 1 年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？

※前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。

- 受けていない       受けた（健診名： ）  
(いつ頃： 年 月 ごろ )

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

- いいえ       はい

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願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）

加算 1 : 4 点

加算 2 : 2 点（マイナ保険証を利用した場合）