

初めて来院された方への問診票

令和 年 月 日

(ふりがな)	
お名前	性別 : 男 ・ 女
ご住所 (〒)	(電話) (携帯電話)
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 (才)	
勤務先	(電話)

1 今日、どのように具合が悪くて来院されましたか？

また、いつ頃からですか？ (頃から)

発熱した (自宅で測った体温: 度、 月 日)、
せき、たん、鼻水、鼻づまり、のどの痛み、寒気、体がだるい、下痢、便秘、吐き気
胸やけ、お腹が痛い、胃痛、食欲がない、口がかわく、頭が痛い、頭が重い、息切れ
息苦しい、ドキドキする、胸が痛い、胸が苦しい、しっしん、
その他 ()

2 今まで入院、長期通院治療、手術や輸血を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい (病名:)

(病名:)

(輸血をしたことがありますか?) ある (年) ・ ない

3 現在、他の病気で通院していますか？

いいえ ・ はい (病名:)

(病名:)

4 現在、服薬している薬はありますか？

いいえ ・ はい (薬剤名:)

(薬剤名:)

5 薬で副作用が出たり、食べ物のアレルギーがありますか？

いいえ ・ はい (薬剤名(食品名)・症状:)

(薬剤名(食品名)・症状:)

6 女性の方にうかがいます

妊娠していますか? いいえ ・ はい (ヶ月) ・ 可能性あり

授乳中ですか? いいえ ・ はい

今現在、生理中ですか? いいえ ・ はい 最終月経はいつですか? (月 日)

7 嗜好品についてうかがいます

タバコ : 吸わない ・ 吸う (本/日、 年)

お酒 : 飲まない ・ 飲む (酒量(1日量) /日、週 日)

8 マイナ保険証による診療情報提供に同意されますか

同意する ・ 同意しない

9 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか

ある ・ ない

10 この1年間で健診を受けていますか

ある ・ ない

(受診時期: 年 月)

(指摘事項:)

○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、質の高い医療の提供に努めています。

○マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、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 1点