

問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな _____
氏名 _____ 生年月日 T S H R _____ 年 _____ 月 _____ 日 (ID _____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

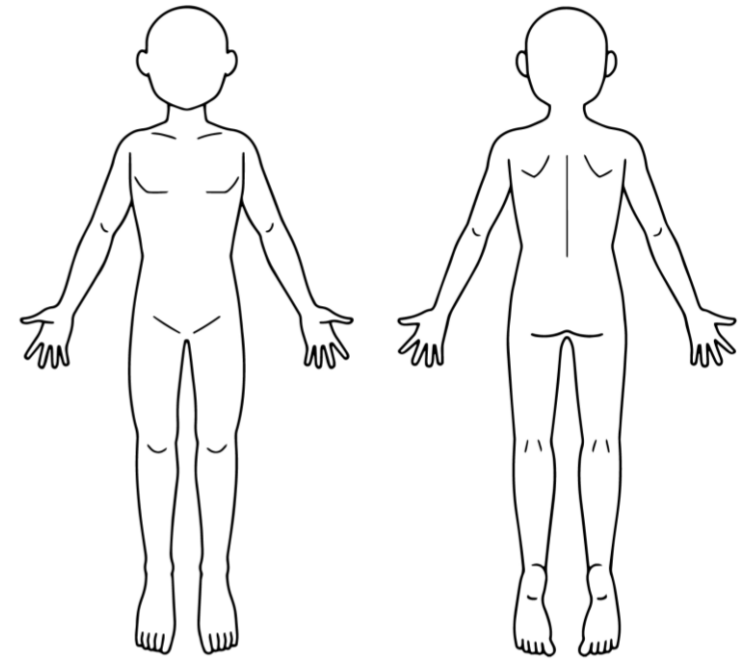
紹介状はお持ちですか？ いいえ はい

お薬を飲んでいますか？ いいえ はい → お薬手帳をお持ちですか？ いいえ はい
(点眼、湿布なども)

かかりつけ薬局、又は希望する薬局はありますか？ いいえ はい (_____ 薬局)

1. 今日はどうされましたか？ (いつから どこが どのように)

部位を○印で記入してください



2. 治療や検査などでご希望がありましたらご記入ください。

3. 過去1カ月に海外渡航されましたか？ いいえ はい

4. 今までにケガや病気で通院、入院をしたことがありますか？ いいえ はい
(病名、年齢、治療内容、医療機関、服用薬など)

5. アレルギーについて

食べ物や薬で発疹やショック、気分が悪くなったことがありますか？

おくすり： いいえ はい 内容 (_____)

食べ物： いいえ はい 内容 (_____)

アルコール綿で皮膚が赤くなりますか？ いいえ はい

6. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ いいえ はい (_____ 本/日：喫煙歴 _____ 年)

7. 飲酒はされますか？ いいえ はい (_____ / _____ 日)

8. 女性の方へ 妊娠していますか？ いいえ はい わからない 授乳中

9. 介護保険証はありますか？ いいえ はい (要介護：1・2・3・4・5 要支援：1・2)

担当ケアマネージャさんはいますか？ いいえ はい

10. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ いいえ はい

11. この1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？ (受診時期、指摘事項等)
(マイナ保険証による情報取得に同意した方は記載は不要です) 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お願いいたします。◆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)