

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 ℃

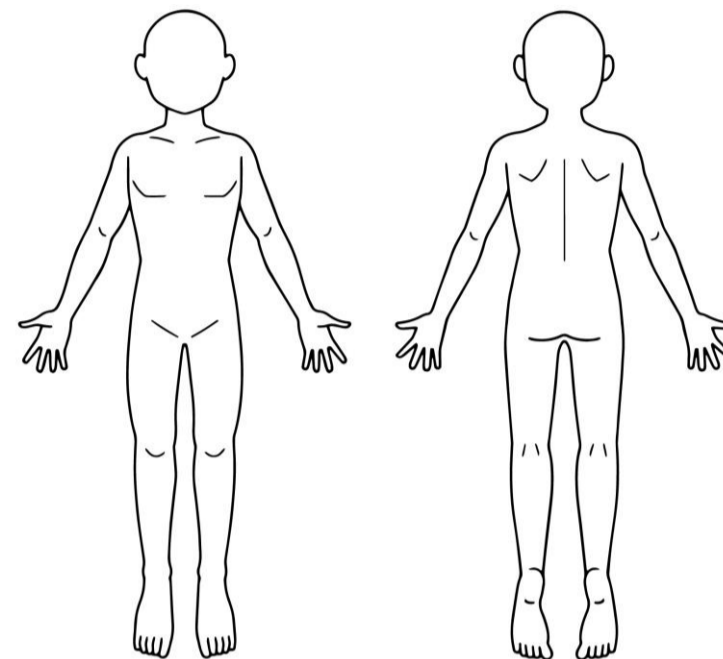
紹介状はお持ちですか? いいえ はい

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 ところが 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? はい いいえ

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?
 はい いいえ

問10で「いいえ」とお答えした方は、受診時期、指摘事項等をおかき下さい

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。◆医療情報取得加算(初診時)加算① 3点 加算② 1点(マイナ保険証を利用した場合)