

# 初診時 問診票

☆マイナンバー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
☆他の医療機関からの紹介状を持っていますか？		はい	いいえ
氏名	ふりがな	年齢	生年月日
			大・昭・平 ・令・西暦 年 月 日
住所	〒(       -       )	男・女	TEL :
			携帯 :

\*お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください。      あり・なし・忘れた・新規作成

※子供さんは体重を記載してください。      (体重                      kg)

◎本日はどうなさいましたか？ (具体的に)		
◎上記の症状で他の医療機関を受診されましたか？		
いいえ	はい	医療機関名
◎現在治療中の病気はありますか？ <span style="color: red;">※必ずご記入ください。</span>		
いいえ	はい	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 肝臓病 (       ) <input type="checkbox"/> 心臓病 (       ) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> その他 (       ) 現在治療中の医療機関
◎今までに感染症と診断されたことはありますか？		
いいえ	はい	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他 (       )
◎現在飲まれているお薬はありますか？ <small style="color: blue;">※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては、直近1カ月の処方薬を除き記載は不要です。</small>		
なし	あり	
◎今まで大きな病気・ケガをされましたか？		
なし	あり	どんな病気・ケガでしたか？  いつ頃 治療された医療機関
◎今までアレルギー体質と言われたことがありますか？ <span style="color: red;">※お薬での副作用等は必ずご記入ください。</span>		
いいえ	はい	(薬・食品・その他)
◎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？		
なし	あり	<small style="color: blue;">※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては記載は省略可能です。</small>
◎たばこを吸いますか？		
いいえ	はい	1日(       )本を(       )年間 <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた
◎お酒を飲みますか？		
いいえ	はい	1日(       )本
◎現在妊娠中(妊娠の可能性あり)または授乳中ですか？		
いいえ	はい	妊娠周期等

当院では診療及び治療等の質の向上を図る観点から、オンライン資格確認を行う体制を有しており、患者様の薬剤情報や特定健診情報、その他の必要な情報を取得、活用して診療等を行っております。  
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します。