

問診票

ID: _____

受付年月日 年 月 日

フリガナ Name 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 Age Date of birth 生年月日	□大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日
Address 住所	〒 -			◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Phone No. 電話番号	携帯 () -	体重 (11歳未満の方)		◆他の医療機関からの紹介状をもっていますか？
	ご自宅 () -	kg		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

① いつから・どのような症状がありますか？

② 今までで下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか？ はい いいえ

- 糖尿病 高血圧 心臓病 前立腺肥大症 喘息 高脂血症 骨粗しょう症 肝臓病
 腎臓病 胃腸病 緑内障 白内障 心筋梗塞・狭心症 がん 脳梗塞・脳出血 結核
 アレルギー性疾患() 新型コロナウイルス感染症(時期)
 その他()

時期: 医療機関名: 治療内容:

③ 現在、お薬を飲んでいますか？ はい いいえ

④ お薬手帳はありますか？(持参のない方は服用中の薬品名を記入してください) はい いいえ

薬品名: *マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能です

⑤ これまでに手術を受けられたことはありますか？ はい いいえ

手術名(病名): 時期(いつ頃):

⑥ 薬や食物のアレルギー・副作用の経験はありますか？ある場合はご記入ください はい いいえ

薬品名や食物などの種類: 出た症状:

⑦ アルコールを飲みますか？ はい いいえ

⑧ たばこを吸いますか？ はい ()本/日 ()年間 いいえ

⑨ 女性の方へ 現在妊娠あるいはその疑いがありますか？ はい(妊娠 ヶ月) いいえ
 わからない 授乳中

⑩ ご希望するお薬の剤形をお選びください 粉薬 水薬 錠剤やカプセル いずれも×

⑪ この一年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか？ はい いいえ

受診時期: 指導事項等: *マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能です

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)
※令和5年4月1日から12月31日の間は時限的に加算1 6点および加算3(再診時) 2点が追加となります

久保井耳鼻咽喉科