

問診票 番号()

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 歳	Date of birth 生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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？ (マイナ保険証で受付した方のみお答えください) <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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	ご自宅 () -			kg	

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()
 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 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×

⑧ アルコールを飲みますか？

 はい いいえ

⑨ たばこを吸いますか？

 はい ()本/日 ()年間 いいえ

⑩ 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

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:

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】1点 / ◆医療情報取得加算【再診時】(3月に1回) 1点

久保井耳鼻咽喉科