



# 問診票

ふりがな		性別	生 年 月 日			
氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
ご住所	〒					
電話番号	ご自宅	携帯				
身長・体重	cm	Kg	血压	/	体重	Kg

◆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

◆今日はどうされましたか？

- 痛い ( 頭 のど 胃 おなか 背中 お尻 その他 \_\_\_\_\_ )  
熱 鼻水・鼻づまり 咳・たん 吐き気 嘔吐 胸やけ 胃もたれ  
排便時に出血する 便秘 下痢 尿が近い 排尿時に痛みがある  
血压が気になる めまい・ふらつき 不眠 花粉症  
ケガ ( 部位 \_\_\_\_\_ ) できものができた ( 部位 \_\_\_\_\_ )  
健康診断希望 健康診断で異常を指摘

◆症状はいつ頃からありますか？ ( \_\_\_\_\_ )

◆今までにかかった病気はありますか？

- ない・ある → 高血圧 糖尿病 心臓病 ( \_\_\_\_\_ ) 肝臓病 ( \_\_\_\_\_ ) 喘息 脳梗塞 脳出血  
 手術 ( \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆現在かかっている病院・クリニック

ない・ある→ ( \_\_\_\_\_ )

◆現在飲んでいる薬

ない・ある→ ( \_\_\_\_\_ ) ※お薬手帳をお持ちの方は受付へご提示ください。

◆薬や食べ物のアレルギー

ない・ある→ ( \_\_\_\_\_ )

◆お酒は飲みますか？

飲まない・付き合い程度・飲む

◆たばこは吸いますか？

吸わない・吸う→ ( 一日 \_\_\_\_\_ 本くらいを \_\_\_\_\_ 年 )

◆お呼び出しはどちらを希望しますか？→ 名前 ・ 番号

◆女性の方へ

- ・妊娠していますか？ いいえ ・ わからない  
 はい→ \_\_\_\_\_ 週  
 ・授乳していますか？ 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、マイナ保険証の活用にご協力をお願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 初診時 ( 保険証 ) 加算1 4点 ●マイナ保険証 加算2 2点