

# 内科問診票

年 月 日

〒

ご住所

ふりがな

ご氏名

(男・女) 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

お電話番号

携帯電話

ご職業

主訴 (どうされましたか)

- ◇ 本日はマイナ保険証で受付されましたか。( はい・いいえ )
- ◇ 『はい』の方はマイナ保険証による診療情報等取得に同意されましたか。( はい・いいえ )
- ◇ 他の医療機関からの紹介状 (診療情報提供書) を持参されましたか。( はい・いいえ )
- 当院に来られたきっかけをお聞かせ下さい。
  - ・家から近かったり、交通の便が良い。・ホームページ、看板、電話帳等を見た。
  - ・紹介された (紹介者 ) ・その他 ( )
- 現在、どこか他の医療機関にかかっていますか。(はい \_\_\_\_\_ 病院・いいえ )
- 現在、薬などの治療を行っていますか。 ( はい・いいえ )
- これまで薬などによる副作用、アレルギーはありましたか。 ( はい・いいえ )  
その原因の薬、症状は何ですか。( )
- これまでに手術を受けたり、入院したことはありますか。 ( はい・いいえ )  
(いつ \_\_\_\_\_ 頃、病名: \_\_\_\_\_ で)
- ご自身を含め、御家族や親族で次の病気にかかった人はおられますか。  
( ) 内に血縁名を入れてください。  
癌 ( ) 糖尿病 ( ) 高血圧 ( )  
脳卒中 ( ) 肝臓病 ( ) その他 ( )
- この1年間で特定健診・高齢者検診を受けられましたか。( はい・いいえ )
- タバコは吸いますか。( 吸わない・1日 [ ] 本吸う・以前は吸っていた)
- アルコールは飲みますか。( 飲まない・ビール、日本酒 1日 \_\_\_\_\_ ml)
- 女性の方：生理はいかがですか。( 正常・不規則・閉経 )  
妊娠していますか。( していない・している \_\_\_\_\_ 週)
- 内服で苦手な薬はありますか。( ない・錠剤 カプセル 散剤 漢方薬 水薬 )

※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: 6点 加算 2: 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

(再診時) 加算 3: 2点

ご協力ありがとうございました。