

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。

◆医療情報取得加算 (初診時) 加算 1 3点 加算 2 1点 (マイナ保険証を利用した場合)

ご協力ありがとうございました。