

問 診 票

年 月 日

フリガナ		性別	【生年月日】
お名前		男・女	昭和 平成 令和 西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒 —		
電話番号	携帯	自宅	
緊急連絡先	本人様以外の電話番号をご記入ください (任意)		

マイナ保険証 (マイナンバーカードの保険証利用) による情報取得に同意しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

ほかの医療機関からの紹介状をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------	--

本日はどのような症状で来院されましたか？

現在、治療中の病気、または、過去に手術を要する大きな病気にかかったことがありますか？

ない

ある ⇒ 高血圧 糖尿病 脂質異常 心臓疾患

脳梗塞／脳出血 痛風 花粉症 喘息

アトピー性皮膚炎 その他 ()

現在、処方されているお薬はありますか？

ない

ある ⇒ お薬手帳を持っている

お薬手帳を持っていない ⇒ お薬名 ()

これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

ない

ある ⇒ 原因となったもの ()

明細書 (領収証とは別に診療の明細を記載した書類) は必要ですか？	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要
-----------------------------------	---

現在、妊娠中または授乳中ですか？ ※女性の方のみ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--------------------------	--

●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します。

◆医療情報 システム基盤整備体制充実加算

加算1 (初診)	6点	加算2 (初診・マイナ保険証を利用した場合)	2点
加算3 (再診)	2点	加算3 (再診・マイナ保険証を利用した場合)	0点