問　診　票

年　　月　　日

フリガナ		性別	【生年月日】 昭和　平成　令和　西暦 年　月　日（　　歳）
お名前		男 ・ 女	
住所	〒　　ー		
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？	□はい　□いいえ
ほかの医療機関からの紹介状をお持ちですか？	□はい　□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？	□不要　□必要
現在、妊娠中または授乳中ですか？　※女性の方のみ	□はい　□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。

◆医療情報取得加算

加算１（初診）	３点	加算２（初診でマイナ保険証利用または紹介状持参）	１点
加算３（再診）	２点（３月に１回）	加算４（再診でマイナ保険証利用または紹介状持参）	１点（３月に１回）

2024年６月１日　改定