

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？	☐ 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 当院では、患者様の健康管理をより良く行うために、必要な医療情報を取得させていただいております。 これに伴い、医療情報取得加算が発生します。	