

内科問診票

令和 年 月 日

フリガナ 氏名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	男 ・ 女	
住所	〒	電話番号	
		携帯電話	

※今後の診療の重要な参考になりますので、下記の項目についてご記入下さい。

※ご不明な点は、受付・看護師にお気軽にお尋ね下さい。

1. 本日受診されることになった主な症状について

いつ頃から? _____

どのような症状が? _____

2. 今までに薬や食べ物に対するアレルギー

(じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと) がありましたか?

いいえ ・ はい → 薬や食べ物の種類 _____

3. 今までにかかった主な病気、けが、受けられた手術はありますか?

時期 病名 _____ 時期 病名 _____

時期 病名 _____ 時期 病名 _____

時期 病名 _____ 時期 病名 _____

4. 今回の症状で他の医療期間を受診されていればお答えください

() 病院・医院・クリニック 紹介状 (あり・なし) 持参フィルム (あり・なし)

5. 現在ほかの医療機関で治療を受けられておりましたら分かる範囲で記入ください。

病名 _____ 薬品名 _____

6. お酒やタバコの量はだいたい1日どれくらいですか

ビール _____ ml 日本酒 _____ 合 その他 _____ を _____ ml ・ 飲まない

タバコ _____ 本/日 _____ 年間 _____ 以前 _____ 本/日 _____ 年間 ・ 吸わない

7. 女性の方はお答えください。

(妊娠中である ・ 妊娠の可能性がある ・ 妊娠していない) (授乳中 ・ 出産の経験がある)

8. 以前当院にかかれたことがありますか?

ある _____ 年 _____ 月頃 (診察券をご提出下さい) ・ ない

そのほか診察を受けられる際に参考になると思われることがありましたらご記入ください。

()

9. 当院を受診されたきっかけは?

①ご家族が当院に通院中である ②知人の紹介 ③インターネットをみて ④勤務先が近いので

⑤他の医療機関からの紹介 ⑥自宅が近いから ⑦その他 ()

10. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか? (はい ・ いいえ)

11. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? (はい ・ いいえ)

12. 慢性疾患をお持ちの方にお伺い致します。

検査を定期的に(希望する ・ 希望しない) 2~3ヶ月に1回 ・ 半年に1回 ・ 1年に1回

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 4点加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)