

年齡：

☐ マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますでしょうか。 はい ・ いいえ

□他の医療機関からの紹介状をお持ちでしょうか。 はい ・ いいえ

□家庭内・学校・職場など、周囲の方で感染症の方はいらっしゃいますか。

いない ・ いる (病名:)

☐ 受診理由

☐ 下記の症状がありますか。 ない ・ ある

【いびき・日中の眠気・不眠や中途覚醒・夜間頻尿・起床時の頭痛や頭重感】

□現在治療中の病気、過去に治療された病気はありますか。 ない ・ ある

【ある】の方は、病名をお願い致します。

・高血圧 ・糖尿病 ・脂質異常症（高脂血症、高コレステロール血症）

・心疾患（心筋梗塞，不整脈，弁膜症，大動脈解離） ・がん（部位： ）

・呼吸器疾患（COPD、結核、喘息） ・脳疾患（脳梗塞、脳出血、脳動脈瘤）

・潰瘍（胃・十二指腸） ・肝炎（A型・B型・C型）

・その他（ ）

□これまでに入院や手術をしたことはありますか。 ない ・ ある

【ある】の方は、病名・時期・医療機関名・治療内容をお願い致します。

病名：

時期：

医療機関名：

治療内容：

□本日、おくすり手帳はお持ちですか。 はい ・ いいえ

□現在、処方されている薬はありますか。

ない ・ ある（薬剤名： ）

*おくすり手帳をご持参の場合は、記入されなくても大丈夫です。

問診票を提出の際におくすり手帳も一緒をお願い致します。

☐ 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

【ある】の方は、原因となったもの、症状をお願い致します。

原因となったもの：

症状：

□現在、妊娠中または授乳中ですか。（女性のみ） いいえ ・ はい

【はい】の方は、妊娠中の場合は妊娠数週をお願い致します。 妊娠： 週

授乳中の場合はお子さま月齢をお願い致します。 生後 月

問診票のご記入、ありがとうございました。

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致します。

◆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)