

**問 診 票** (内科・小児科 外来用)

年 月 日

(体温 °C)

フリガナ	男・女	生年月日
氏 名		年 月 日( 歳)
住 所 〒 —	職業	
電 話 — — 携 帯 — —		

※マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい ・ いいえ

1. 今日は、どういう症状で受診されますか？

( )

2. その中で一番気になる症状は何ですか？

( )

3. その症状はいつからありますか？

( )

4. それは、なにをすると悪くなる(良くなる)気がしますか？

( )

5. これまで同じような症状で別の病院に 是 い (病院名 )  
通ったことがありますか？ いいえ

6. 現在どこかの病院にかかっていますか？ 是 い (病院名 )  
いいえ

7. 何かお薬を服用していますか？(健康食品を含む)  
(マイナ保険証による情報取得に同意した場合、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能)

是 い (薬の名前 )  
いいえ

8. 薬に対する  
アレルギー( あり・なし ) お酒( 1日/ 合 年間 ) タバコ( 1日/ 本 年間 )

9. 以下の病気について、自分がかかったことがあれば、番号を○で囲んでください。

1) 心臓病 2) 高血圧 3) 脳卒中 4) 糖尿病 5) 自己免疫疾患(リウマチなど)

6) 精神疾患(うつ病、不眠症など) 7) がん(部位: )

8) その他(病気: )

10. 介護認定はされていますか？ 是 い(要介護 要支援 病院名 )  
いいえ

11. 当院は院外処方です。指定の薬局はありますか？ 是 い( 薬局 ) ・ いいえ

12. 何をみて来院されましたか？ ホームページを見て ・ 看板を見て ・ 友人知人の紹介  
家族がかかっている ・ その他( )

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。

※医療情報取得加算(初診時) 加算 1点

※医療情報取得加算(再診時・3ヶ月に1回) 加算 1点