

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記載  
フリガナ  
お名前： \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 歳  
生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
明治・大正  
昭和・平成

スタッフ 記入	T	=	
	P	=	
	BP	=	/
	Sat	=	%

### 【問診票】

■ 受付時に顔認証付カードリーダーでマイナ保険証による情報取得に同意されましたか

はい ・ いいえ ・ マイナ保険証を利用していない

情報取得に同意する場合は、項目 3、5 (※) は省略可

■ 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか 　　はい ・ いいえ

■ 身長と体重を記入してください。身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

1. どうなさいましたか。 ・ どのような症状ですか ( \_\_\_\_\_ )  
・ 右記症状はありますか ( ①発熱 \_\_\_\_\_ °C ②吐き気・嘔吐 ③下痢 )  
・ いつからですか ( \_\_\_\_\_ )

2. 薬物・食べ物・その他アレルギーはございますか。

無 ・ 有 ( 原因となったもの \_\_\_\_\_ 、症状 \_\_\_\_\_ )

3. ※ 現在、何かお薬を飲んでいますか。

無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

4. 今までに大きな病気・手術・輸血を受けたことはございますか。

無 ・ 有

・ 病名 \_\_\_\_\_ 時期 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_ 治療内容 \_\_\_\_\_  
・ 病名 \_\_\_\_\_ 時期 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_ 治療内容 \_\_\_\_\_  
・ 病名 \_\_\_\_\_ 時期 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_ 治療内容 \_\_\_\_\_

5. ※ (40歳以上の方) この1年間で健診を受診されましたか。

受診時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ・ 指摘事項 \_\_\_\_\_

6. ご家族に大きな病気をされた方はいらっしゃいますか。

無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

7. タバコを吸う習慣はございますか。

無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ 本/日、 \_\_\_\_\_ 年間、 もしくはたまに喫煙する )

8. 飲酒はなさいますか。

する ・ しない

頻度 ⇒	毎日 ・ _____ 日間/週 ・ 時々
種類 ⇒	_____
量 ⇒	_____ /日

9. ご自分あるいはご家族の中で、ここ1ヶ月以内に海外への滞在・渡航歴はございますか。

無 ・ 有 ( 滞在・渡航した国名： \_\_\_\_\_ )

10. <女性の方へ> 現在、妊娠中又は授乳中ですか。またはその可能性がございますか。

はい ・ いいえ ( はいの場合、妊娠 \_\_\_\_\_ 週 ・ 授乳中 )

11. その他、何かございましたら、下記へご記入ください。

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 3点 加算2 1点 (マイナ保険証を利用した場合)
- ◆医療情報取得加算(再診時) 加算3 2点 加算4 1点 (マイナ保険証を利用した場合)