

問診票

西條クリニック鷹番

年 月 日

ふりがな

【氏 名】 _____ 【生年月日】 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 歳（男・女）

【住 所】 〒 _____

【携帯電話】 _____ 【自 宅】 _____

【緊急連絡先】 _____（続柄 _____）

●マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ しない / する

(1) どのような症状で来院されましたか？ いつ頃から症状が出ましたか？ 【来院時 _____ °C】

(2) 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ ない / ある

(3) 今までに入院したり、医師の治療を受けたことがありますか？ ない / ある

いつ頃： _____ 病名： _____

いつ頃： _____ 病名： _____

(4) 現在、他の医療機関に通院されていますか？ ない / ある

医療機関名： _____

病名： _____

お薬手帳持参： ない / ある（受付へお出し下さい）

※ “ない” と答えた方のみ 薬の名前： _____

(5) この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したことがありますか？ ない / ある

(6) 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 薬の名前： _____ 症状： _____

(7) 該当するものに○をつけてください。

タバコ： 吸わない / 吸う （1日 _____ 本）

お酒： 飲まない / 飲む （1回に飲む量： _____ 頻度：週・月 _____ 回）

(8) 女性の方へおたずねします。

妊娠していない / 妊娠中（現在 _____ 週目） / 可能性がある / 授乳中

(9) 当院をお知りになった理由を教えてください。（該当する項目があれば○で囲んで下さい）

紹介（紹介者： _____ 様） / 看板 / 当院ホームページ / 医療検索サイト / 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致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診) 1…4点、加算2…2点(マイナ保険証を利用した場合)