

カルテNo.

問 診 票

[体温 _____]

受診日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ				男・女	生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
氏名	様						
郵便番号	必須 〒 _____ - _____	住所					<input type="checkbox"/> 独居
							<input type="checkbox"/> 家族と同居
電話	自宅 _____		緊急連絡先 (携帯) _____				

① マイナ保険証を使用される場合、これによる診療情報取得に同意しますか？

いいえ ・ はい

② 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

いいえ ・ はい → 医療機関名:

③ どのような症状で本日受診されましたか？

いつ頃から: 今日 () 時 () 日前 () 週前 () ヶ月前 () 年前

症状や経過:

身長	cm
体重	kg
20才頃の 体重	kg
最大体重	kg 才頃

[上記、かならずご記入ください]

④ 現在、治療を受けている病気がありますか？

いいえ ・ はい → 下に記入

- | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 脂質異常 | <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 心臓病(不整脈) | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> 緑内障 |
| <input type="checkbox"/> 脳血管障害 | <input type="checkbox"/> が ん: | <input type="checkbox"/> その他: | | |

現在、使用している薬があれば、ご記入ください。

お薬手帳持参(記入は不要です)

薬の名前:

⑤ 過去に大きな病気にかかったり、入院や手術をしたことがありますか？

いいえ ・ はい → 下に記入

病名・内容:

⑥ この1年間で区民・市民健診や会社健診を受診しましたか？

いいえ ・ はい → (結果を持参した 持参していない)

⑦ 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？

いいえ ・ はい → 薬剤名: 食品名など:

⑧ たばこ: 吸わない () 年前にやめた 吸う - 1日 () 本を () 年間

アルコール: 飲まない 機会があれば飲む 飲む - 週 () 日・() mL/合
・ビール ・焼酎 ・ワイン ・日本酒 ・ウイスキー

⑨ 女性の方にお伺いします。

妊娠していますか? していない している () 週目 わからない

授乳中ですか? いいえ ・ はい

⑩ ご両親がかかった病気を教えてください。

父親:

母親:

◎当院は正確な診療情報を取得・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。そのため、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 ◆マイナ保険証を利用した場合の同左【加算2】2点