

# 問 診 票

記入日 : 年 月 日

ふりがな  
お名前

生年  
月日

大正・昭和・平成・令和

年 月 日生 ( 歳)

住 所

〒 —

連絡先

自宅 : — —  
携帯 : — —

## 0 はじめに (☑チェックを付けてください)

- ① 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  
② 紹介状はお持ちですか? :  はい  いいえ

## 1 今日はどうされましたか?

- ①  発熱 ( °C)  せき  たん  のどが痛い  鼻水  嘔吐  下痢  
 腹痛  頭痛  血圧  めまい  発疹  食思不振  けいれん  呼吸困難  
 しびれ  関節痛  打撲  捻挫  傷  その他 ( )  
② それはいつ頃からですか? ( )

## 2 現在の状況について

- ① 便通 :  良好  不良 / 睡眠 :  良好  不良  
② 常備薬 (普段飲んでいる薬) があれば書いてください (※お薬手帳があれば、受付へ提出して下さい)。  
( )  
③ 現在通院中の医療機関 :  なし  あり → ( )  
☆ ④ 現在他の医療機関で入院中ではないですか? :  入院していない  入院中 ( )

## 3 これまでの状況について

- ① 今までに大きな病気にかかったことがありますか? :  なし  あり  
「あり」と答えた方 ⇒ 病名 ( ) その時の年齢 ( 歳)  
② 薬、注射でアレルギーはありますか? :  なし  あり ( 薬品名 → )  
食べ物のアレルギーはありますか? :  なし  あり ( 食品名 → )

## 4 両親や兄弟など肉親が次の病気にかかったことがあれば☑をしてください

- ガン (部位→ )  白血病  高血圧  脳卒中  心臓病  糖尿病  肝硬変  
 腎臓病  アレルギー性疾患  結核  精神病  その他 ( )  不明

## 5 喫煙・飲酒について

- ① タバコ :  吸う (1日平均 本)  吸わない  禁煙した ( 年前から)  
② お酒 :  飲む (1日平均 ml/本)  飲まない  禁酒した ( 年前から)

## 6 女性の方のみお答えください

- ① 月 経 :  規則的  不順  閉経  無月経  
② 現在妊娠は :  している  していない  可能性あり

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・システム基盤体制充実加算 (初診時) 加算1:4点、加算2:2点