問　診　票

（体温：　　℃）

フリガナ		性別	男・女
氏名			
住所			
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　（　　才）		
ＴＥＬ	（自宅）　　（携帯）		

◆マイナ保険証による診療情報取得に　□同意する　□同意しない　□持っていない

◆今日はどうなさいましたか？当てはまる症状に○をつけて下さい。
症状はいつ頃からですか？（　　）

・発熱　・頭痛　・鼻水　・喉の痛み　・咳　・痰
・関節の痛み　・腹痛　・吐き気　・嘔吐　・下痢　・便秘
・食欲不振　・腰痛　・息苦しい　・めまい　・身体がだるい
・その他（　　）

◆現在、治療中の病気はありますか？
いいえ　・　はい　⇒（病名：　　）

◆現在、服用しているお薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方は省略可能）
いいえ　・　はい　⇒（お薬名：　　）

◆薬・食べ物・植物などのアレルギーはありますか？
ない　・　ある　⇒（　　）

◆お酒は飲みますか？　いいえ　・　はい　⇒　毎日　・　週に１～２回　・　時々

◆タバコは吸いますか？　いいえ　・　はい　⇒　１日＿＿＿本　×　＿＿＿年間

◆車の運転をされますか？
いいえ　・はい

◆小学生以下の方は体重　＿＿＿＿＿ｋｇ

女性の方のみお答えください
・妊娠されていますか？　いいえ　・　わからない　・　はい
・授乳中ですか？　いいえ　・　はい

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・システム基盤整備体制充実加算
＜初診時＞　保険証を利用した場合：６点　　マイナ保険証を利用した場合：２点
＜再診時＞　保険証を利用した場合：２点