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。

★医療情報取得加算

（初診時・月１回）　保険証を利用した場合：３点　　マイナ保険証を利用した場合：１点
（再診時・３月に１回）保険証を利用した場合：２点　　マイナ保険証を利用した場合：１点