

受付番号

ID

令和

年

月

日

AM

PM

<問診票>

マイナンバー

クリニック記入欄

検尿☐実施☐未実施

ふりがな					
氏名				年齢	歳
生年月日		T・S・H・R 年 月 日		性別	男 ・ 女
住所 〒					
自宅電話				携帯電話	
身長	cm	体重	kg	体温	℃
●食物アレルギーはありますか？				ない ある()	
●薬や注射で具合が悪くなった事がありますか？				ない ある()	
◎今日はどのような症状でいらっしゃいましたか？					
・発熱 ・咳 ・咽頭痛 ・鼻水 ・血圧が高い ・頭痛 ・動悸 ・胸痛					
・めまい ・嘔吐 ・吐き気 ・食欲不振 ・健診結果での異常					
その他の症状					
◎それはいつごろからですか？					
◎下記の病気にかかった事がありますか？					
・糖尿病 ・喘息 ・高血圧 ・脳梗塞 ・アトピー性皮膚炎					
・緑内障 ・不整脈 ・その他()					
◎今、現在、治療中の病気はありますか？				病名 < >	
◎1か月以内に海外に行かれた事がありますか？				はい いいえ	
<女性の方に>				保険証お受け取りサイン	
妊娠中ですか？		はい いいえ 解らない			
授乳中ですか？		はい いいえ			
◎裏もごさいます。					

○マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？ （ はい ・ いいえ ）	
○現在、処方されてるお薬はありますか？ （ はい ・ いいえ ・ お薬手帳を提出します ）	
薬剤名（	）用量（
投薬期間（	）
薬剤名（	）用量（
投薬期間（	）
薬剤名（	）用量（
投薬期間（	）
※マイナ保険証で情報取得に同意された方は 直近1か月以内のお薬のみお書きください。	
○この1年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？ 受診時期（ ）指摘事項（ ） ※マイナ保健証で同意された方は省略可能です。	
◎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、 マイナ保健証の利用にご協力をお願いします。	
◆医療情報	システム基盤整備体制充実加算（初診時）6点 （マイナ保健証を利用した場合 2点）