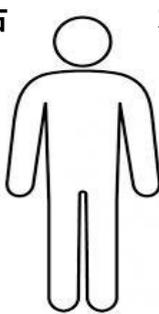


問診票

受診日 年 月 日 ()	
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。 マイナ保険証による診療情報取得に <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 同意する	
◆医療情報・システム機番整備体制充実加算(初診時・加算1 6点 加算2《マイナ保険証を利用した場合》2点) (再診時・加算3 2点)	
ふりがな	紹介状
お名前 () 歳	あり なし
現在、施設に入所されている方は施設名をお書き下さい。() 付き添いの方は、本人との続柄をお書き下さい。()	
いつからどのような症状があるかをくわしくお書き下さい。 具合の悪い所に○をして下さい	
いつから () 日前から	右 左
症状	
現在他の医療機関に受診していますか? いいえ はい はいの方 医療機関名 () 最終受診日 (月 日)	
病名を○で囲んで下さい 心疾患 高血圧 糖尿病 肝臓疾患 脂質異常症 緑内障 前立腺肥大 結核 ペースメーカー埋込み その他 ()	
今までに手術を受けたことがありますか? いいえ はい はいの方 いつ頃 () 病名 ()	
現在、飲んでいる薬はありますか? いいえ はい はいの方は本日お薬手帳を持って来てますか? いいえ はい 薬剤名 () 直近1カ月の処方がある場合は記載してください。	
この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受けましたか? いいえ・はい () 頃 指摘事項 なし あり ()	
薬のアレルギーはありますか? いいえ はい→ 薬品名 () 食べ物でアレルギーはありますか? いいえ はい→ 食品名 ()	
嗜好品 お酒 飲まない 飲む (1日 合) たばこ 吸わない 吸う (1日 本 年間) 以前吸っていた (1日 本 年間)	
女性の方への質問です。 現在妊娠していますか? いいえ・はい → () ヶ月・可能性あり 最終月経 (月 日) 現在授乳中ですか? いいえ・はい	