

# 問診票

ID( )

令和 年 月 日

 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 記入者:本人・本人以外→(氏名: 続柄: ) 紹介状(あり・なし) (内・外・整・小・婦・産・放・泌・乳)

★身長( cm)★体重( kg)

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
氏名					歳(	ヶ月)	
住所	〒 -						
電話	自宅:( ) - 携帯:( ) -						
職業	職種: 勤務先又は学校・園名:						
緊急連絡先	ご関係( )氏名( )自宅:( ) - 携帯:( ) -						

Q.本日はどうされましたか(受診理由/詳しく)

・発症時期(いつから)→				
・どんな症状及び経過(詳しく)→				
発熱	なし・あり( 月 日)	最高体温 ℃	咳	なし・あり( 月 日)
息苦しさ	なし・あり( 月 日)		咽頭痛	なし・あり( 月 日)
倦怠感	なし・あり( 月 日)		下痢	なし・あり( 月 日)
鼻汁	なし・あり( 月 日)		たん	なし・あり( 月 日)

Q.既往歴について

過去1年以内に特定健診及び高齢者健診を受けられたことがありますか? はい・いいえ	
※【はい】の場合 → <input type="checkbox"/> 受診時期( ) <input type="checkbox"/> 指摘事項( )	
持病・過去の病気について	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 抗がん剤使用中 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤使用中 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(喘息等) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 特になし
他の医療機関通院中の方	<input type="checkbox"/> 通院歴なし <input type="checkbox"/> 病院名( ) <input type="checkbox"/> 最終受診日( ) <input type="checkbox"/> 治療内容( )
食品・薬のアレルギー	なし・あり( ) ありの場合→原因となったもの( )
入院歴	なし・あり( ) ありの場合→いつ頃:
手術歴	なし・あり( ) ありの場合→いつ頃:
女性の方のみ	最終月経( 月 日から 日間)・妊娠中( 週)・授乳中

Q.現在処方されている薬について

現在、処方されているお薬がございますか?		
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> お薬手帳を提出します。
↓		
(※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内のお薬のみお書きください)		
<input type="checkbox"/> 薬剤名( )	<input type="checkbox"/> 用量( )	<input type="checkbox"/> 投与期間( 日間)
<input type="checkbox"/> 薬剤名( )	<input type="checkbox"/> 用量( )	<input type="checkbox"/> 投与期間( 日間)
<input type="checkbox"/> 薬剤名( )	<input type="checkbox"/> 用量( )	<input type="checkbox"/> 投与期間( 日間)

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)

加算1:4点(マイナ保険証を利用しなかった場合)

加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)