

問 診 票

ふりがな				※マイナ保険証による診療情報取得の同意
氏 名				同意する ・ 同意しない
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生 (歳)			
自宅電話番号	— —	携帯電話番号	— —	
住所 (〒 -)				

◆ 本日受診されたきっかけ何でしょうか？

()

いつごろからですか？ → (年 月 頃から)

◆ 他院で診察を受けられましたか？

いいえ はい (年 月 頃)

◆ 大きな病気にかかったことがありますか？

いいえ はい ()

◆ 現在内服しているお薬はありますか？

いいえ はい (薬名)

お薬手帳 → (あり ・ なし)

◆ 今まで薬や注射で気分不良や意識消失をきたしたことがありますか？ ある方はどのお薬でしたか？

いいえ はい ()

◆ 薬剤アレルギーや食物アレルギーはありますか？

その薬剤、食物は何ですか？

いいえ はい ()

◆ 次のような症状はありますか？

・ 強いだるさ ・ 息苦しさ ・ 発熱 ・ 咳 ・ のどの痛み ・ 節々の痛み

◆ 1週間以内にコロナにかかった、かかった人との接触があった、濃厚接触者である、待機期間中であるに該当しますか？

いいえ はい

◆ 現在妊娠の可能性あるもしくは授乳中ですか？

いいえ はい → (妊娠中 ・ 授乳中)

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→1点 再診時→1点 (3ヶ月/回))