

※定期通院されている方もいつもと違う疾患(病気)で受診される方はご記入をお願いいたします

問診表 お名前 ( )	電話番号 ( )	ID ( )	受診年月日	年	月	日
今日はどうかさいましたか？(具体的に症状をお書きください)						
その症状 (病気) はいつごろからですか？						
現在飲んでいる薬はありますか？      なし・あり ( ) <b>お薬手帳がある方は受付にご提出ください</b>						
薬や食べ物でアレルギーがおこったことがありますか？      なし・あり ( )						
過去にどのような病気をしましたか？						
手術を受けたことがありますか？      いいえ・はい ( )						
輸血を受けたことがありますか？      いいえ・はい						
タバコは吸いますか      いいえ・はい ( ) 本/日, ( ) 年・禁煙した以前の本数 ( ) 本/日, 喫煙年数 ( ) 年, 禁煙した年齢 ( ) 才						
お酒は飲みますか？      いいえ・はい						
* 女性の方はお答えください						
現在妊娠していますか？またはその可能性はありますか？      いいえ・はい      授乳中ですか？      いいえ・はい						
* わかる方はご記入ください (お子様は必ずご記入お願いします)						
身長 ( ) cm      体重 ( ) kg						
* 診察・検査・投薬などに対してご希望がある方は下記にご記入ください						

ご記入ありがとうございました      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2023年4月～12月      加算1 (初診時) 6点      加算2 (初診時マイナ保険証を利用した場合) 2点      加算3 (再診時マイナ保険証を利用しない) 2点

