

※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

2024年6月版

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 ( ) お薬手帳がある方は受付にご提出ください
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自由にご記入ください

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。



◆医療情報取得加算：初診時加算1 (保険証利用) 3点 (月1回) 加算2 (マイナ保険証利用) 1点 (月1回) 再診時加算3 (保険証利用) 2点 (3月に1回) 加算4 (マイナ保険証利用) 1点 (3月に1回)