

問診票

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	T・S・H・R 年 月 日()歳
住所	〒		
連絡先	自宅	携帯	- -
緊急連絡先	氏名:	続柄:	- -

*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

*本日は、いつ頃からどのような症状で来院されましたか?

*今までにかかったことのある病気・手術歴

病名 手術歴

*現在、他の医療機関に通院していますか?

病院名 治療中の病気

*現在、飲んでいるお薬(お薬手帳をお持ちの方は、受付へご提示ください)

*薬や食べ物のアレルギー

*この1年間で特定健診 / 高齢者健診を受けられましたか? はい ・ いいえ

*趣向

・飲酒:週()日 種類・量()
 ・喫煙:日()本 □禁煙した()年前

*女性の方

・現在、妊娠中 ・ 授乳中 (該当する場合○をつけてください) (最終月経: 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。
 ◆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、加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)