

問 診 票

フリガナ		男	生年	大正	年	月	日	才
氏名		女	月日	昭和				
				平成				
住所	〒 -			女性の方へ 現在妊娠中ですか はい いいえ				
電話番号	- -		携帯番号	- -				

- 1 マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ (はい ・ いいえ)
 2 この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？ (はい ・ いいえ)
 3 どのような症状で受診されますか ○印をつけてください。

熱(体温 °C)・咳・鼻水・のどの痛い・吐き気・体がだるい・頭痛・胃痛 ・腹痛・下痢()回/日・嘔吐()回/日・めまい・血圧が高い・胸痛 ・息苦しい・便秘・蕁麻疹・健診・検診で異常を指摘された・胃カメラを受けたい ・大腸カメラを受けたい・その他()
--

- 4 今までにかかった病気があれば ○印をつけてください。

糖尿病・高血圧・心臓病・気管支喘息・結核・盲腸・肝臓病・腎臓病 ・胃、十二指腸潰瘍・大腸ポリープ・その他()
--

- 5 現在、他の病気で治療を受けていますか

いいえ ・ はい 病名： 飲んでいる薬：

- 6 何かアレルギーがありますか

ない ・ ある 薬： 食べ物： その他：

- 7 当院を何でお知りになりましたか ○印をつけてください。

1 以前から知っていた ・ 2 家族・知人の紹介 ・ 他院からの紹介() 病院) 4 建物を見て ・ 5 看板を見て ・ 6 当院のホームページ ・ 7タウンページ 8 その他()
--

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おります。「医療情報取得加算」を算定しており、マイナ保険証をご利用いただくと点数(窓口負担)が変わります。

- ・初診時に従来型の保険証をご利用の場合 3点(1割…3点、2割…6点、3割…9点)
- ・初診時にマイナ保険証をご利用の場合 1点(1割…1点、2割…2点、3割…3点)

正確な情報を取得・活用するため、受診の際はマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

問診票は個人情報の保護規定に基づき活用後処理させていただきます。ご協力ありがとうございました。