

問診票（成人用）

ふりがな 氏名	生年月日	大正・昭和・平成・令和	性別
		年 月 日	男・女
住所：〒	職業		歳
	電 話		
体温： °C 身長： cm 体重： kg	携 帯		
	漢方内科希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

- 来院された理由・主な症状 ※いつ頃から、どんな症状でお困りですか？ 経過等をお書きください。
()
▶ 他医療機関からの紹介状 なし あり
- 現在、通院中あるいは以前に診断、治療を受けたことのあるご病気や服用中の薬はありますか？
なし あり（*下記にご記入ください。）
▶ 医療機関名 () ▶ 治療内容 () ▶ 直近の受診日 ()
() () ()
() () ()
▶ 現在の治療の内容、服用中の薬 *マイナ保険証で受付した方、お薬手帳持参の方は省略可。
()
- これまでに入院や手術を要する大きな病気等にかかったことはありますか？
なし あり⇒（入院 手術 ・その時の年齢または時期：)
▶ 病名 () ▶ 医療機関名 () ▶ 治療内容 ()
() () ()
() () ()
*血液等が媒介する感染症の有無 ⇒ ・ B型肝炎・C型肝炎（現在・治療中・経過観察中・治癒）
・ その他 ()
- この1年間で健診（特定健診および高齢者健診）を受けましたか？ *マイナ保険証で受付した方は省略可。
なし あり ・指導内容があれば記載してください ()
- 薬（漢方薬を含む）により、副作用が出現したことや体調が悪化したことがありますか？
なし あり⇒（薬の名前：)
- 食べ物（健康食品やサプリを含む）や薬のアレルギー（体に合わないもの等）はありますか？
なし あり⇒ 原因と症状 ()
- 嗜好品について教えてください。
アルコール 飲まない 飲む ・ 種類：日本酒・焼酎・ビール・ウイスキー・ワイン
頻度：月・週に _____ 回 量： _____
タバコ 吸わない 吸う ・ 1日に _____ 本 _____ 歳から
- 現在、妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ）
妊娠週数： _____ 授乳中の子供さんの年齢： _____
- 診療を受ける際に配慮が必要なことがあれば教えてください。
()
- 患者様のお呼び出しについての希望を☑してください。 ※記載後に変更があればお申し出ください。
 お名前 番号札
- マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけますか？ はい いいえ
★ マイナ保険証について、裏面もご覧ください。
★ ご記入ありがとうございました。（診療内容により追加問診をお願いする場合があります。）

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。

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）： 3点（健康保険証の場合）／1点（マイナ保険証の場合）

（2024年6月より）