

問 診 票

フリガナ _____ 男 生年月日 _____
患者氏名 _____ 女 T.S.H.R _____ 年 _____ 月 _____ 日生
住所 〒 _____ 電話番号 _____
_____ 携帯番号 _____

体温 _____ °C 脈拍 _____ 血圧 _____

【紹介状】 ない ある 医療機関名 (_____)

【受診理由】

いつ頃から
症状

【現在かかっている病気】

ない ある 病名 (_____)

【現在飲んでいる薬】

ない ある 薬品名 (_____)

【今までに大きな病気にかかったことがありますか】

ない ある 病名・時期・医療機関名・治療内容

【この1年で検診（特定健診・高齢者検診）を受けましたか】

ない ある 時期・指摘されたこと

【アレルギー】 ない ある (_____)

【ペースメーカー】 ない ある (_____)

【体内に金属】 ない ある (_____)

【妊娠】 ない 可能性がある 妊娠中 (_____ ヶ月)

※マイナンバーカードから診療情報を確認することに同意いただけますか

同意する 同意しない

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)