

問診票

受診日 令和 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 様 (_____ 歳)

住所 _____ 電話番号 _____

生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 男性・女性

*未成年(18歳未満)の方は以下もご記入ください。

保護者の同意を頂くなど、必要に応じてお電話させていただきます場合がございます。

保護者氏名 : _____

保護者連絡先 : _____

- 1) マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? はい ・ いいえ
2) 他の医療機関からの紹介状を持っていますか? はい ・ いいえ
3) いつからどのような症状がありますか(相談したいこと、受診された理由)

- 4) 現在、他の医療機関に通院していますか? はい ・ いいえ
医療機関名、受診日、受診内容等: _____
服用中のお薬: _____

- 5) 今までに大きな病気(手術)をされたことがありますか はい ・ いいえ
はいの場合→ _____

- 6) この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか?
(マイナ保険証による情報取得に同意した場合は、記載を省略可能)
受診時期・指摘事項等: _____

- 7) 薬や食べ物で蕁麻疹がでた事やアレルギーはありますか はい ・ いいえ
*薬(注射)・食べ物の名前 _____

- 8) 女性の方のみご記入下さい
現在妊娠中、授乳中、不妊治療中ですか 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 不妊治療中 ・ いいえ
現在生理中ですか はい ・ いいえ

- 9) 当院を何で知られましたか インターネット ・ 看板(通りすがり)
他院からの紹介 ・ 知人からの紹介
新聞広告 ・ その他(_____)

- 10) 当院までの交通手段は何ですか 車 ・ 電車 ・ バス ・ 自転車 ・ 徒歩
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。

			現行の加算	特例措置 (令和5年4月～12月)
初診	マイナンバーカードを利用しない	医療情報・システム基盤整備加算1	4点	<u>6点</u>
	〃 利用する	医療情報・システム基盤整備加算2	2点	2点