

初診時 問診表

令和 年 月 日

★マイナンバー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
★他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	はい	いいえ

お名前	ふりがな	年齢	性別	生年月日
		歳	男・女	(大・昭・平・令) 年 月 日
保護者名				連絡先
住所	〒 (-)			自宅電話
				携帯電話
				その他

★お薬手帳をお持ちの方は受付でご提出ください あり なし 忘れた

1, 本日はどのような症状で来院されましたか？□に✓をいれてください。

頭痛 めまい ふらつき 手足のしびれ
ケガ 物忘れが気になる 発熱・咳・咽頭痛などの風邪症状
その他 (いつから・どんな症状ですか？)

2, 上記の症状で他の医療機関の受診をされましたか？

いいえ はい 医療機関名

3, 現在治療中の病気やケガはありますか？

なし あり どのような病気・ケガですか？

なし あり 現在治療中の医療機関名

4, 現在の飲まれているお薬はありますか？

なし あり どのようなお薬ですか？ (お薬手帳をご提出していただいた場合はご記入不要です)

★マイナ保険証による情報提供に同意した方については直近1か月以内の処方薬を除き記載は不要です。

5, 今までに大きな病気やケガをされましたか？

なし あり どのような病気・ケガでしたか？

なし あり いつ頃

なし あり 治療を受けた医療機関名

6, 身体の中に金属や人工物が入るような手術をしたことはありますか？

なし あり いつごろ・何が入っていますか？

7, この1年間に特定健診または高齢者健診を受けたことはありますか？

なし あり ★マイナ保険証による情報提供取得に同意した方は記載は省略可能です

8, 今までにアレルギー体質といわれたことがありますか？

なし あり (薬・食品・その他)

9, 現在妊娠中または授乳中ですか？ (女性のみ)

いいえ はい (妊娠周期等)

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。