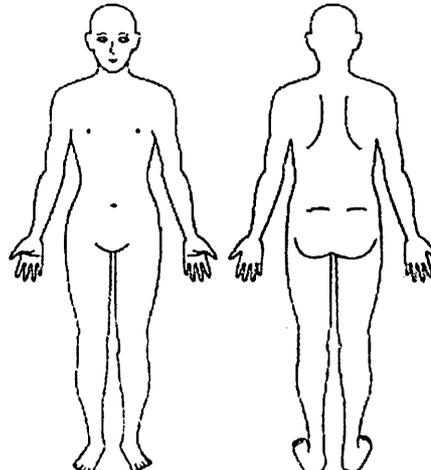


問 診 票

ID:

記入日: 年 月 日

フリガナ		生年月日: 年 月 日 (歳)
お名前	男・女	身長 cm 体重 kg 職業:
		胃腸は弱いほうですか? はい・いいえ 抜歯(麻酔)歴: 無・有
住所	〒	喫煙歴: 無・有(本/日× 年間)・禁煙した
		飲酒: 無・有(週 日) 種類・量()
自宅電話		介護認定: 無・有 要支援() 要介護()
携帯電話		アレルギー(食事・薬物): 無・有()

<p>当てはまるものにチェックをつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>他の医療機関からの紹介状持参した</p> <p><input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>労災</p> <p>マイナンバーカード健康保険証による 診療情報取得に同意しますか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p>症状のある部位に○をつけてください</p> 
<p>本日はどうなさいましたか?</p> <p>症状はいつ頃からですか?</p> <p>症状の原因はわかりますか?</p>	

現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか?

なし 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 不整脈 肝臓病 腎臓病 喘息

脳卒中 癌(部位) その他()

現在、飲んでいるお薬(市販薬やサプリメント含む)はありますか?

なし あり()

今までに病気・入院・手術を受けたことはありますか?

なし あり()

この1年間で健診を受けましたか? いいえ はい(いつ頃: 事項:)

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか?

いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

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、マイナ保険証のご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	再診(3ヶ月1回)
点数	1点	1点

※ご協力ありがとうございました。