

問診票

ID: _____

令和

年

月

日

※記入の必要はありません。		体温	℃
【Nsメモ】	DM・HT・BPH アストマ HD・PM		
フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒		
身長	cm	体重	kg
電話	自宅:	携帯:	

【オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について】

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン確認システムを導入しております。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。厚生労働省の規定により医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定をさせていただきます。初診時・加算1「6点」・加算2「2点」(マイナ保険証を利用した場合) 再診時・加算3「2点」(健康保険証での受診)

1. どうなさいましたか？

(症状に○をつけ、記入もお願いします。最もつらい症状に◎を付けて下さい。)

- ・症状はいつからですか？ _____ 日前から
- ・せき (少し・多い・眠れない程) ・たん (少し・多い・白色・黄色・緑色)
- ・鼻水 (少し・多い・白色・黄色) / 鼻づまり ・頭痛 (重い感じ・ずきずきする) ・関節痛
- ・吐き気 ・嘔吐 (_____ 回) ・下痢 (_____ 日前から、 _____ 回/日・水様便・軟便)
- ・腹痛 ・食欲不振 ・胸痛 ・動悸 ・めまい (ふわふわする・ぐるぐるまわる)
- ・その他 (_____)

2. 今までかかった、または現在治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症 / 心筋梗塞 ・ 脳卒中
その他 (_____)

→治療されていますか？ している ・ していない

3. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？ ある ・ ない

お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。

(_____)

4. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？ ある ・ ない

(_____)

5. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい ・ いいえ

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (複数回答でも構いません。)

近所に在住 (通勤・通学路) / ホームページ/広告 (駅地図広告・電柱広告) / 知人の紹介
他の医療機関からの紹介 / その他

ご家族の紹介 氏名 (_____)