

## 受診される患者さんへ（診察申し込み・問診票）

ふりがな		性別	男・女	年齢	才
氏名		生年月日	(大・昭・平) 年 月 日		
住所	〒 ー		電話		
身長	cm	体重	kg	体温	℃

● 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？                    はい ・ いいえ

● マイナ保険証（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）をお持ちですか？

はい ・ いいえ



診療情報の取得に同意されますか？                    はい ・ いいえ

● 具合の悪いのはどこですか？現在の症状はどのようなですか？

いつ頃からですか？（                    頃から）

症状を具体的に書いてください

（○で囲んでもよいです）

かぜ、発熱、頭痛、のど痛い、せき、たん、  
息苦しい、胸痛、腹痛、吐き気、下痢、便秘  
腰痛、排尿痛、肩こり、  
検診で異常を指摘された

● これまでに大きな病気にかかったことがありますか？（入院や手術を要する病気等）

ある    [ 具体的に：                    ]

ない

● 他の病院の診察を受けていますか？    いる・いない

受けている場合はどんな病気ですか？

喘息・肺気腫・糖尿病・高血圧・心臓病・じんま疹・その他（                    ）

● 現在、服用されている薬はありますか？（お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください）

※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近 1 か月以内の処方薬以外は省略可

（                    ）

裏面に続く

- これまでに薬や注射や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか？  
 ある （原因となったもの： \_\_\_\_\_）  
 （症状： 眠くなった・気分が悪くなった・体がかゆくなった・ブツブツができた・  
 その他 \_\_\_\_\_）  
 ない

- タバコを吸いますか？  
 吸わない ・ 吸う（ \_\_\_\_\_ 才から、現在1日 \_\_\_\_\_ 本ぐらい）  
 以前に吸っていた（ \_\_\_\_\_ 才から \_\_\_\_\_ 才まで、1日 \_\_\_\_\_ 本ぐらい）

- お酒を飲みますか？  
 飲まない ・ 飲む

- （女性の方に）現在妊娠中ですか？ わからない ・ はい（ \_\_\_\_\_ ヶ月） ・ いいえ  
 現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

- 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頂いた方は、記載を省略可能  
 はい（ 受診時期： \_\_\_\_\_）  
 （ 指摘されたこと： \_\_\_\_\_）  
 いいえ

- 当院を何でお知りになりましたか？  
 前を通して知っていた 知人 親類 広告 看板 電話帳 インターネット  
 職場が近い 西本病院の時から通っていた 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、マイナ保険証ご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）