問　診　票

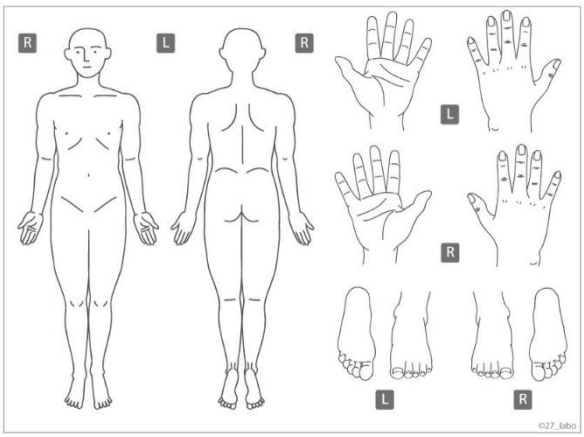
フリガナ 名　前	姓	名	男・女	生　年 月　日	大・昭・平・令・西暦 年　月　日（　歳）
住　所	〒　－				体重(子供のみ) kg
電話番号			携帯電話		

ご確認の上、チェックをお願いします

☐ 労災(仕事中のケガ)ではありません　　☐ 保険証のコピーに承諾します

☐ マイナ保険証での診療情報取得に同意します　　☐ 紹介状はありません

症状について



1．　いつ頃から？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿から

2．　どのあたり？（右図にも記入して下さい）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3．　どんな症状？（痒い・痛い・赤い）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

治療中の病気・過去の大きな病気（手術・入院）などについて

治療中の病気：　高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・前立腺肥大・緑内障・喘息・透析中

その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

薬・治療＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院名＿＿＿＿＿＿＿＿

※マイナ保険証での診療情報取得が可能な方は直近１ヶ月分のみ

過去の病気＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院名＿＿＿＿＿＿時期＿＿＿＿＿＿

健診：　この１年で特定健診・高齢者健診を受けましたか？　　はい　・　いいえ

【女性のみ】　妊娠中、授乳中ですか？　　はい　・　いいえ

☐ 妊娠中（出産予定　　月　　日）　　☐ 授乳中

食物や薬などのアレルギーはありますか？　　はい　・　いいえ

原因・症状＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

手術、歯科治療などの局所麻酔で体調が悪くなったことはありますか？　はい　・　いいえ

診療経過の確認のために写真を撮ることに同意されますか？　　はい　・　いいえ

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・獲得するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※ 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）