

問診票

来院日 年 月 日 (:)

フリガナ		男 女	連絡先 電 話	
名 前			勤務先 学校名	電話
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
住 所	〒			

◆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）はお持ちですか？ 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

◆具合の悪いところはどこですか？（右図に○をつけてください）

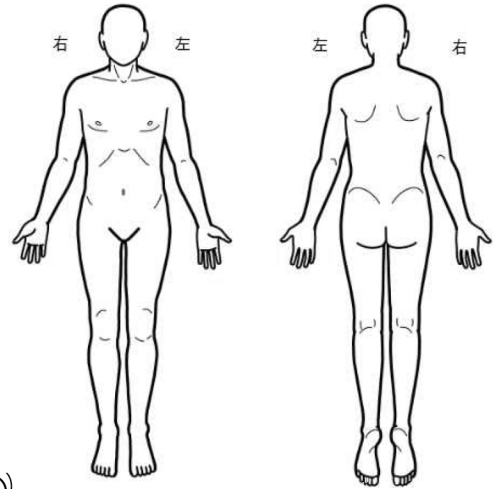
◆症状を具体的に書いてください

いたみ・しびれ・はれ・けが・ひねった・落ちた・ころんだ・
歩き過ぎた・その他（ ）

◆いつからですか？ 年 月 日頃から

◆原因は何ですか？ ①交通事故 ②工作中(通勤途中) ③その他

具体的に



◆現在、処方されているお薬がありますか？（お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください）

はい（ ） ・ いいえ

※マイナ保険証で情報取得に同意いただいた方は、直近1ヶ月以内のお薬のみお書きください

◆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 ・ ない

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（ ）

◆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(病名: 時期: 医療機関:) ・ ない

◆仕事についておたずねします

すわり仕事・たち仕事・どちらでもない・車の運転をよくする・その他（ ）

◆スポーツはなにかしていますか？（ ）

◆女性の方におたずねします 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

◆この一年間で『特定健診』または『高齢者検診』を受診しましたか？ はい ・ いいえ

受診時期（ ） 指摘事項（ ）

※マイナ保険証で情報取得に同意いただいた方は省略可能です

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1：6点加算 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）