



初診時 問診票

◆マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？	はい	いいえ
◆他の医療機関からの紹介状を持っていますか？	はい	いいえ

お名前	ふりがな	年齢	生年月日
		歳 男・女	(大・昭・平・令) 年 月 日
保護者			
住所	〒 (-)	TEL : 携帯 :	

※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください。 あり・なし・忘れた・新規作成

※初診の方・久しぶりに受診された子供さんは体重を記載して下さい。(体重 kg)

◆本日はどうなさいましたか？ (具体的に)	(体温 °C)
--------------------------	--------------

◆上記の症状で他の医療機関の受診をされましたか？		
いいえ	はい	医療機関名

◆現在治療中の病気・ケガがありますか？		
なし	あり	どんな病気・ケガですか？
		現在治療中の医療機関

◆現在飲まれているお薬はありますか？ <small>※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載は不要です。</small>		
なし	あり	どんなお薬ですか？(お薬手帳をご提示いただく場合は不要です)

◆今までに大きな病気・ケガをされましたか？		
なし	あり	どんな病気・ケガでしたか？
		いつ頃
		治療された医療機関

◆この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？		
なし	あり	※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては、記載は省略可能です。

◆今までアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？		
なし	あり	(薬・食品・その他)

◆現在妊娠中又は授乳中ですか？(女性のみ)		
いいえ	はい	(妊娠周期等)

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(通常の保険証) ●加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)