

# 問 診 表

年 月 日

フリガナ	性別	〒 住所
御名前  様	男・女	自宅 TEL
生年月日 T・S・H・R 年 月 日 ( )歳		携帯電話 TEL
		勤務先 TEL

※当てはまるものに○を付けてください

①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

②本日はどのような症状で来院されましたか？

・発熱 最高 \_\_\_\_\_ °C 来院時の体温 \_\_\_\_\_ °C

・頭痛 ・のどの痛み ・咳 ・鼻汁 ・鼻づまり ・胸の痛み ・息苦しさ

・お腹の痛み ・嘔気/嘔吐 ・下痢 ・便秘 ・食欲がない ・胃痛 ・発疹

・その他【 \_\_\_\_\_ 】

③ その症状はいつからありますか？【 \_\_\_\_\_ 】

④ 現在、治療中の病気はありますか？

はい → ・高血圧 ・高コレステロール血症 ・糖尿病 ・心臓病

・その他【 \_\_\_\_\_ 】

通院中の医療機関名【 \_\_\_\_\_ 】

いいえ

→裏面にもあります。

⑤ 現在、服薬されている薬はありますか？(お薬手帳をご提示下さい)

はい

いいえ

⑥ 以前、治療を要する病気などにかかったことはありますか？

はい → 【病名： \_\_\_\_\_】

【医療機関名： \_\_\_\_\_】

いいえ

⑦ これまでに薬や注射により、アレルギーを起こしたことはありますか？

はい → 【原因となったもの： \_\_\_\_\_】

いいえ

⑧ 現在、妊娠の可能性はありますか？あるいは授乳中ですか？

はい → 【 \_\_\_\_\_ 妊娠中→( \_\_\_\_\_ )カ月 \_\_\_\_\_ 授乳中 \_\_\_\_\_】

いいえ

⑨ この1年間で健康診断を受診されましたか？

はい → 【受診時期： \_\_\_\_\_】

いいえ

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。

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致します。

横山内科消化器科