

年 月 日

問 診 票

フリガナ
氏 名

生年月日
(男 ・ 女)

年 月 日 才

住 所
〒

電話番号 — —
携帯電話 — —

1. マイナ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)

2. 今日はどこの具合が悪くて来院されましたか? (○印を付けてください)

- (1) 風邪の症状 (熱 ・ せき ・ 鼻水 ・ 喉の痛み) 現在の体温 . °C
(2) 胃痛・むかつき・吐き気
(3) 腹痛・下痢・便秘
(4) 泌尿器 (トイレが近い ・ 排尿痛 ・ 血尿 ・ かゆみ)
(5) 肛門 (痛み ・ 脱出 ・ 血便)
(6) 禁煙
(7) 自費診療 (健康診断 ・ ワクチン接種 ・ 抗体検査)
(8) その他

3. それはいつ頃からですか?

年 月 日 頃から

4. 体重の減少はありますか? (はい ・ いいえ)

ありの方にお伺いします。減少前の体重 () kg

体重減少の程度1ヶ月で— () kg

6ヶ月で— () kg

5. 今までに病気にかかり、手術をうけたりしたことがあればお書きください。
(何才の時にどんな病気、手術ですか?)

6. 現在ほかの病気で病院、医院にかかっていますか? (はい ・ いいえ)
(かかっている場合は、その病院、医院の名称と病名をお書きください)

7. 現在、何かお薬を飲んでいますか? (はい ・ いいえ)
(飲んでいる場合は、お薬の名前がわかればお書きください)

8. お薬によるアレルギーはありますか? (はい ・ いいえ)
(そのお薬の名前がわかればお書きください)

9. ご家族の中に病気にかかった方がいればできるだけ詳しくお書きください。

10. 本日他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? (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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

★医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1 6点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)



やごうクリニック