

# 初診時 問診票

記載日 令和 年 月 日

(下記の項目について記入もしくは○で囲んでください)

フリガナ	
名前	男 ・ 女 ( 才 )
住所	
自宅電話 (携帯番号)	生年月日

\* マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? (マイナンバーカードをお持ちの方のみ)

はい ・ いいえ

\* この1年間に健診 (会社健診、特定健診、高齢者健診等) を受けましたか? はい ・ いいえ

\* 紹介状持参 あり ・ なし

1. どのような症状のために受診されましたか?

- |                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| 1) 頭、首を打った             | 8) しびれ (手・足) (右・左) |
| 2) 頭痛、頭が重い             | 9) 目が見えづらい         |
| 3) 首が重い、肩こり            | 10) めまい            |
| 4) 吐き気、嘔吐              | 11) 尿失禁・便失禁        |
| 5) けいれん                | 12) 物忘れ、イライラする     |
| 6) 言葉をしゃべりにくい、ろれつが回らない | 13) その他            |
| 7) 手足が動かしにくい (右・左)     |                    |

これらの症状はいつ頃からですか? \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃より

2. 現在、他の病気で治療を受けていますか?

はい (病名は: \_\_\_\_\_) ・ いいえ

お薬を (飲んでいる ・ 飲んでいない)

お薬手帳やお薬を持参している方は、先に受付にご提出ください。

3. 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 )

はい (病名は: \_\_\_\_\_) ・ いいえ

(いつ頃: \_\_\_\_\_)

(医療機関名: \_\_\_\_\_)

(治療内容: 手術、内服療法、放射線療法、その他: \_\_\_\_\_)

4. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか?

はい ・ いいえ

「はい」の方・・・薬または食べ物の名前 \_\_\_\_\_

5. 女性の方にかがいます

妊娠されていますか? はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月) ・ 可能性あり ・ 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をお願い致します。

◆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)