

ID：

初診問診票



（内科・外科・整形外科・脳外科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・リハビリテーション科）

受付年月日 年 月 日

フリガナ 氏 名		☐ 男 ☐ 女	年齢 歳	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
住 所	〒				
電 話 番 号	ご自宅 () -	携 帯 () -			
身 長	cm	体 重	kg	体 温	℃
海外渡航歴	☐ なし		☐ あり 最近の渡航国：		
※予約確認・変更等で連絡させて頂く場合がございますので、連絡がとれる連絡先をご記入ください					

◆ どのような症状ですか？		
◆ 症状はいつからですか？		
◆ 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
◆ 現在、他の医療機関に通院していますか	☐ はい	☐ いいえ
時期、医療機関名、治療内容等		
◆ 現在服用しているお薬はありますか？	☐ はい	☐ いいえ
◆ お薬手帳はありますか？（持参のない方は薬品名を記入してください）	☐ はい	☐ いいえ
(マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能)		
薬品名：		
◆ 今までにどんな病気をしましたか？		
☐ 心臓病 ☐ 高血圧 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 胃腸病 ☐ 緑内障 ☐ 白内障 ☐ がん ☐ その他()		
時期、医療機関名、治療内容等		
◆ 今までに手術を受けられたことはありますか？	☐ はい	☐ いいえ
手術名(病名)： いつ頃：		
◆ アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入ください。(薬品、食物 等々・・・)	☐ はい	☐ いいえ
◆ アルコール アルコールを飲みますか？ ☐ はい ☐ いいえ		
◆ たばこ	たばこを吸いますか。	☐ はい ☐ 過去に吸っていた ☐ いいえ
	※喫煙歴のある方は記入ください	1日 本 喫煙年数 年間 (歳頃～)
◆ (女性の方へ) 妊娠中または授乳期間中ですか。	☐ はい	☐ いいえ
☐ 妊娠中 (妊娠 週) ☐ 授乳中		
◆ 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
◆ 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	☐ はい	☐ いいえ
(マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能)		
受診時期、指導事項等		

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 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）