

問診票(初めての方へ)

令和 年 月 日

フリガナ	
氏名	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生まれ、満()歳
性別	男・女
住所	〒 - - - - - -----
電話番号	自宅・携帯() - - - - -
同伴者	なし・あり(ご関係)

1. 本日、マイナンバーカードは持参されていますか？

はい いいえ

2. マイナンバーカードを保険証として用い、診療情報取得することに同意しますか？

はい いいえ

3. この1年間で健診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？

はい いいえ

4. 一番治したい症状や相談したいことを教えてください。

[]

5. その症状はいつ頃からありますか？

(年 月 日頃から)

6. その症状のきっかけとなる出来事がありましたら教えてください。

[]

7. 現在、使用しているお薬(処方薬・市販薬)や健康食品などありましたら、
薬剤名、用量、投与期間などをおわかりの範囲で教えてください。

[]



8. 治療中であつたり、過去に治療を受けていた、身体の病気があれば教えてください。
また、治療を受けていた医療機関と治療期間がおわかりであれば教えてください。

9. 精神科や心療内科に受診したり、過去に受診したことはありませんか？
もしあれば、診断名、医療機関名、治療期間などをおわかりの範囲で教えてください。

10. 血のつながった家族・親戚の方で、精神科、心療内科、神経内科、脳神経外科を
受診した方がいれば、ご関係と診断名を教えてください。

11. これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありませんか？
もしあれば、その原因となったものや、症状を教えてください。

12. 現在、妊娠中又は授乳中ですか？【女性のみ】

はい いいえ

13. 当院をどちらでお知りになりましたか？

他の医療機関からの紹介 知人の紹介 インターネット 前を通りかかって
 道路看板 チラシ 電話帳 新聞広告 その他()

14. 診療に関して希望事項がございましたらお書きください。

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。

◆医療情報取得加算(初診) マイナ保険証利用なし 3点、マイナ保険証利用あり 1点

