

問診票

記載日： 年 月 日

フリガナ	生年月日：大正・昭和・平成・令和		
氏名	男・女	年 月 日	(歳)
住所 〒			
電話番号 自宅	()	携帯電話	()
身長	cm	体重	kg 職業

1	マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	他の医療機関からの紹介状はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	本日はどのような症状で来院されましたか <input type="checkbox"/> 発熱(体温 °C) <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 健康診断異常 <input type="checkbox"/> その他 () →その症状は 月 日頃から・ 日前から・ ヶ月前から
4	現在、他院で治療中の病気はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (医療機関名：) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 心臓疾患(狭心症・不整脈・その他)
5	現在服用している薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬名：)
6	これまでに入院や手術を要する大きな病気にかかったことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(部位：)
7	血の繋がったご家族で次の病気にかかった方がいらっしゃればご記入ください <input type="checkbox"/> 高血圧 () <input type="checkbox"/> 糖尿病 () <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) () <input type="checkbox"/> 癌 () <input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞 () <input type="checkbox"/> その他 ()
8	これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(原因となったもの：)
9	女性の方のみお答えください 妊娠されていますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(週) or (出産予定日 /) 授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
10	喫煙はしていますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(本/日) <input type="checkbox"/> () 年前まで吸っていた
11	飲酒はしていますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(週 日)→種類(/1日量 ml)
12	当院をどのようなきっかけで知りましたか <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> その他()

*問診票に記載された個人情報、患者様の診察・健康管理の目的以外には使用いたしません。 まつむらファミリークリニック

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(初診時) 加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

◆医療情報取得加算(再診時) 加算3 2点 加算4 1点(マイナ保険証を利用した場合)

再診時は3月に1回に限り算定します