

初診問診票

- ① マイナンバーカード保険証による診療情報の取得に同意しましたか（ はい いいえ ）
- ② 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか（ はい いいえ ）
- ③ 本日受診した症状について（ 発熱 咳 鼻水 腹痛 下痢 その他 ）
（ いつから 経過 ）
- ④ 現在、他院に通院していますか（ 医院機関名 受診日 治療内容 ）
- ⑤ 現在、処方されている薬はありますか（ 薬剤名 用量 投薬期間 ）
※①マイナンバーカード保険証の情報取得に同意した方は直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載省略可
- ⑥ これまでに大きな病気（入院や手術等を要する病気）にかかったことはありますか（ はい いいえ ）
「はい」の方（病名 いつ頃 医療機関名 治療内容 ）
- ⑦ この1年間で健診（特定健診、高齢者健診）を受診しましたか（ はい いいえ ）
「はい」の方（受診日 指摘事項 ）
※①マイナンバーカード保険証の情報取得に同意した方は記載省略可
- 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はありますか（ はい いいえ ）
「はい」の方（原因となったもの 症状 ）
- ⑨ 【女性の方】現在、妊娠中または授乳中ですか（ はい いいえ ）
「はい」の方（妊娠週数 ）

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、マイナンバーカード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 | 6点 | （健康保険証を利用した場合） |
| 初診時 | 2点 | （マイナンバーカード保険証を利用した場合） |
| 再診時 | 2点 | （健康保険証を利用した場合） |