

# 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  
( 医療機関名 \_\_\_\_\_ 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 マイナ保険証の情報取得に同意しているかたは直近一カ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で情報取得に同意したかたは記載省略可
- ⑧ これまでに薬は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 \_\_\_\_\_ 週)

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

マイナ保険証を利用又は紹介状持参した場合	初診時	医療情報取得加算 2	2点(月1回)
健康保険証を利用した場合	初診時	医療情報取得加算 1	4点(月1回)
	再診時	医療情報取得加算 3	2点(3月に1回)