

#

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)
おくすり手帳をお持ちの方は診察時に提示ください。
※①マイナ保険証の情報取得に同意しているかたは直近1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)
- ⑩ 体重 k g

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。