

【問診表】

年 月 日

氏名 (歳)

マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)をお持ちですか？

はい → 本日、診療情報取得に同意されましたか はい いいえ
いいえ

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

はい
いいえ

この1年間で健診を受診されましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意いただいた方は、特定健診および高齢者健診については省略可

受診時期 (年 月 頃)
指摘項目 ()

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おります。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・システム基盤整備体制充実加算◆

(初診時)

マイナ保険証を利用した場合：1点
マイナ保険証を利用しなかった場合：3点

(再診時)

マイナ保険証を利用した場合：1点
マイナ保険証を利用しなかった場合：2点

【問診表】

年 月 日

氏名 (歳)

今日は、どうしましたか？

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある(.....°C) | <input type="checkbox"/> だるい、食欲がない | <input type="checkbox"/> めまいがある |
| <input type="checkbox"/> 頭が痛い | <input type="checkbox"/> 鼻水が出る | <input type="checkbox"/> ノドが痛い |
| <input type="checkbox"/> 胸や呼吸が苦しい | <input type="checkbox"/> 咳または痰が出る | <input type="checkbox"/> 動悸がある |
| <input type="checkbox"/> お腹が痛い | <input type="checkbox"/> 嘔気または嘔吐がある | <input type="checkbox"/> 便がゆるい |
| <input type="checkbox"/> 排尿または尿がおかしい | <input type="checkbox"/> 蕁麻疹が出た | |
| <input type="checkbox"/> 検診で「異常」といわれた | | |
| <input type="checkbox"/> ご自由にお書きください | | |

それは、いつからですか？

- 今日 昨日 2-3日前 1週前 1か月前 半年前
その他(.....)

かかっている病気はありますか？

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 痛風/高尿酸血症
ご自由にお書きください (手術歴や入院歴など)

定期薬はありますか？

- ある ない

他病院に通院していますか？

- はい(.....) いいえ

アレルギーについて

- アレルギーはありません
花粉(.....) 薬剤(.....) 食品(.....)
その他(.....)

タバコと飲酒について

- タバコ 吸わない (.....歳で)やめた 毎日(.....本/.....年)
飲酒 飲まない ときどき ほぼ毎日

妊娠について

- 可能性がある ない

半年以内で渡航しましたか？

- はい(.....) いいえ