

《問診票》

記入日：令和 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日	
氏 名			男	大正・昭和・平成・令和	
			女	年 月 日(歳)	
住 所					
連 絡 先	自宅TEL		緊急時	TEL：	
	携帯TEL		連絡先	(ご関係：)	
マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。	☐ 同意する ☐ 同意しない				
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。	☐ 持っている ☐ 持っていない				
受診理由についてお答えください。	①本日、診察を受けたい部位はどこですか。(図に○をつけてください) (部位：) ②症状について。(複数回答可) ☐痛い ☐しびれる ☐腫れている ☐重い ☐ふらつく ☐力が入らない ☐その他() ③いつ頃からですか。 (年 月 日頃から) ④原因は何ですか。 []				
現在、他の医療機関に通院されていますか。	☐ 通院していない ☐ 通院中(病院名：)				
既往歴についてお答えください。	①今までにかかった病気はありますか。 ☐ある・・・心臓病・腎臓病・肺疾患・脳疾患・糖尿病・高血圧 喘息・リウマチ・その他() ☐ない ②入院・手術の経験はありますか。 ☐ない ☐ある(病 名：) (病院名：) (手 術： ☐ない ☐ある《部位： 》) ③体内にペースメーカーや金属類が入っていますか。 ☐いいえ ☐はい(ペースメーカー・金属類)				

《裏面に続く》

この1年間で特定健診又は高齢者健診を受診しましたか。(マイナ保険証による情報取得に同意された場合は記載を省略可能)	☐ 受診してない ☐ 受診した(受診時期：令和 年 月 日) 《指摘事項等》
現在、飲んでいるお薬はありますか。(マイナ保険証による情報取得に同意された場合は、直近1ヵ月以内の処方薬を除き省略可能)	☐ ない ☐ ある(お薬手帳をお持ちの方は受付へご提出ください) ※お薬手帳をお忘れの方・・・(薬剤名：)
お薬や食べ物、麻酔薬等のアレルギーがありますか。	☐ ない ☐ ある(食品・薬品名：)
授乳中・妊娠中・妊娠の疑いがありますか。 《女性のみ回答》	☐ ない ☐ 授乳中 ☐ 妊娠中(週)
介護保険サービス利用状況についてお答えください。 《65歳以上の方のみ回答》	①介護認定を受けられていますか。 ☐ いいえ ☐ はい・・・介護度に○印(支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5) ②介護サービスをご利用されていますか。 ☐ いいえ ☐ はい・・・(サービス内容：) (施設名：)

当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、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、マイナ保険証のご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)

⇒加算1(6点)、加算2(2点)、加算3(2点)

医療法人健成会鹿子生整形外科医院