

問診票

(厚労省 別紙様式 54 準拠)

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日(歳)
お名前					
現住所	〒				
電話		携帯電話			

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ (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. どのような症状ですか？○をつけてください。また、それはいつごろからですか？

症状	発症時期	経過

4. 現在、他にかかっている医療機関はありますか？ (はい・いいえ)

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？ (はい・いいえ)

(マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載は不要です)

--

6. これまでに大きな病気(入院や手術)にかかった事がありますか？

病名	時期	医療機関名	治療内容

7. 1年以内に 特定健診 もしくは 高齢者健診 を受けられていますか？ (はい・いいえ)

(マイナ保険証による情報取得に同意された方は、記載は不要です)

受診時期	指摘事項

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がありますか？ (はい・いいえ)

原因となったもの	症状

9. 成人女性の方へ

・妊娠の可能性は？ (はい・いいえ) ・妊娠中(ヶ月) ・授乳中ですか？(はい・いいえ)

※当院の患者様に関する情報は、特にお申し出のない限り待合室に掲示してある通りの取扱いとしております。
これ以外の取扱いにつきご希望がございましたら、ご記載ください。 無 / 有()

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。