

# 問診表

令和 年 月 日

フリガナ 氏名		男 女	大・昭・平・令 年 月 日生
住所	〒		
電話番号	※必ずご記入をお願いいたします。		
携帯番号			
1.本日はどうなされましたか？	いつから？ ( ) 日前から ( ) ヶ月前から ( ) 年前から ----- どのような症状？ <input type="checkbox"/> 咳・のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 発熱・寒気 <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 胃痛・腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい・動悸 <input type="checkbox"/> 胸痛・息苦しさ <input type="checkbox"/> その他の症状 ( )		
2.現在、治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病名 ( ) ----- 現在飲んでいる薬はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 飲んでいるお薬の名前 ( ) ----- ※お薬手帳をお持ちの方は、受付に出してください。		
3.過去に薬を飲んで気分が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ どのような薬 ( ) どのような症状 ( )		
4.最近海外に行きましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつ？ ( ) 国名 ( )		
5.女性の方へ	妊娠 ( ) ヶ月      授乳中		
6.マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

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・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ない場合…6点      利用した場合…2点  
<<再診時>>マイナ保険証を利用しない場合…2点 (月1回)

\* 記入された個人情報は、個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。

折井クリニック