

# 問診票 (新患用)

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな		男 女	生年月日 / 年齢			
氏名			大正 明治 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)			
住所	〒			ご連絡先 自宅 携帯		
体重	Kg	小学生以下の方のみご記入ください。				

・本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

はい いいえ

・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

・本日はどのような症状で来院されましたか？

発熱 最高\_\_\_\_℃ 来院時の体温\_\_\_\_℃

頭痛 のどの痛み 咳 鼻汁 鼻づまり 食欲がない 嘔気・嘔吐

お腹の痛み 下痢 便秘 胸の痛み 息苦しさ 発疹

その他 [ ]

・その症状はいつからありますか？ [ ]

1、現在、治療中の病気はありますか？

高血圧 高コレステロール血症 糖尿病 ぜんそく

その他 [ ]

通院中の医療機関名 [ ]

最終受診日 [ ]

2、現在、服薬されている薬はありますか？（お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい。）

\*マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近1ヵ月以内の処方薬以外は省略可。

[ ]

→裏側にもあります。

3、これまでに大きな病気にかかったことはありますか？（入院や手術を要する病気など）  
〔 〕  
→医療機関名 〔 〕

4、これまでに薬や注射や食べ物などでアレルギーを起こしたことはありますか？  
はい〔原因となったもの： 〕  
〔症状： 〕  
いいえ

5、現在、妊娠の可能性はありますか？あるいは授乳中ですか？  
はい 〔 妊娠中→（ ）ヶ月 授乳中 〕  
いいえ

6、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頂いた方は、特定健診及び高齢者健診については省略可。  
はい 〔受診時期 〕  
〔指摘されたこと 〕  
いいえ

7、当院を受診されたきっかけは何ですか？（複数回答可）  
ホームページ インターネット 街中の看板 電話帳の広告  
家や職場が近い 家族や知人から聞いた 他院からの紹介  
その他 〔 〕

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おり、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。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よろしくお願い致します。

ご協力ありがとうございました。  
医療法人 木村医院