

# 問 診 票

ご記入日：.....年.....月.....日

\*フリガナ(.....)

\*お名前(.....) (男・女) ご職業(.....)

\*生年月日(大正・昭和・平成・令和.....年.....月.....日) 年齢(.....歳)

\*ご住所(〒.....)

\*電話番号(.....)

◆マイナ保険証をお持ちの方へ



カードリーダーにて、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

◆どのようなことで来院されましたか？今までの経過もお書きください。

.....

◆現在、処方されている薬がありますか。お薬手帳、紹介状をお持ちでしたら、受付にお出してください。

他の医療機関に通院されている方は、医療機関名、受診日、治療内容などをご記入ください。(マイナ保険証による情報取得に同意した方については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略できます。)

.....

◆今までに、かかった病気、アレルギー・喘息・花粉症・感染症(肝炎など)の診断を受けたことがありましたら、お書きください。(既往歴)

.....

◆お薬を飲んだ後や注射後に、気分が悪くなったり、体にかゆみが出たことはありますか？

輸血や手術を受けたことがありますか？ケガの処置の時や歯科で麻酔を受けて気分が悪くなったことがありますか？

.....

◆〈 女性の方へ 〉現在、妊娠中の方は妊娠週数をお書きください.....週

現在、授乳中ですか？ はい/いいえ 妊娠の可能性ありますか？ はい/いいえ

◆この1年間で健診(特定健診および後期高齢者健診に限る)を受けた方は受診時期、指摘事項などについてお書きください。(マイナ保険証による情報取得に同意した方については、記載を省略できます。)

.....

◆その他ご要望などございましたら、お書きください。

.....

◆当院をどのようにしてお知りになりましたか？

家族の方が通院している  家族の方から聞いた  知り合いの方から聞いた  家から近いので  
 インターネットで調べた  以前、受診したことがある  その他→(.....)

☆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します。

☆なお、ご記入いただいた内容について、下記の場合を除き、診療の目的の範囲を超えて利用いたしません。

(医療運営、教育研究、行政命令の遵守、他の医療・介護・福祉施設等との連携などにおいて、また学会や出版物等で個人名が特定されないかたちで利用することがあります。)