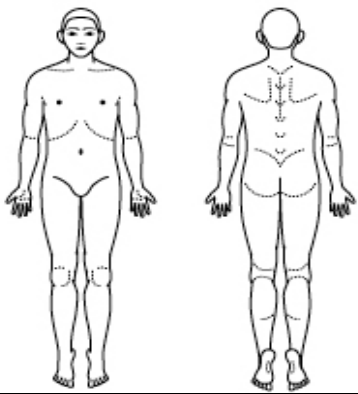


問診票

年 月 日記入

フリガナ		生年月日： 大・昭・平・令	
氏名：		年 月 日()歳	
携帯番号： - -	身長： cm	体重： kg	
〒		職業	男・女
住所：			
今日は何科の受診を希望ですか？		泌尿器科 ・ 内科 ・ 皮膚科 ・ 整形外科	
皮膚科に受診される方は患部に印をつけて下さい		どのような症状でしょうか？	
		
		
		いつ頃からですか？	
マイナ保険証（マイナンバー）による診療情報取得に同意いたしますか？		はい ・ いいえ	
今病気を抱えていて、通院をしていますか？		はい ・ いいえ	
病名：		病院名：	
現在服用している薬はありますか？		はい ・ いいえ	
詳細			
今までに大きな病気、または手術の経験はありますか？		はい ・ いいえ	
詳細			
飲み薬・食べ物などのアレルギーがありますか？		はい ・ いいえ	
詳細			
直近1年間で特定健診、高齢者健診を受診しましたか？		はい ・ いいえ	
受診時期：		指摘事項：	
妊娠をしている可能性ありますか？ 授乳中ですか？		はい ・ いいえ	
当院をなにで知りましたか？		インターネット・雑誌・看板・他()	

※注意 泌尿器科を受診の方は診察前に排尿しないで下さい お薬手帳をお持ちの方は医師に提示してください

◆当院 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）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証利用の場合）