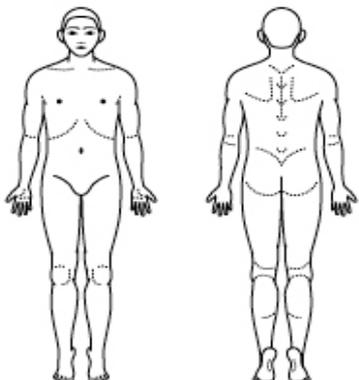


問診票

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）