

記入日 西暦 年 月 日

初診問診票

診察券番号 _____ お名前 _____

ごめんどうですが、次の質問にお答え下さい。

- 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
 他院からの紹介状をお持ちですか？ はい・いいえ

1 本日受診された症状は？			
症状			
発症時期			
経過			
2 現在、他の医療機関に通院していますか？			
医療機関名		受診日	
治療内容			
3 現在処方されている薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの場合は記入せず提示お願いします）			
薬剤名		用量	治療期間
4 今までかかったことのある病気がありますか ない・ある → (病名)			
5 入院や手術をされたことはありますか いいえ・はい			
(いつ頃	病名	医療機関	治療内容)
6 薬や食品に対するアレルギーはありますか ない・ある(原因 症状)			
7 現在、妊娠中または授乳中ですか？(女性の方のみ) はい・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)しています。