

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。