診察申込・問診票

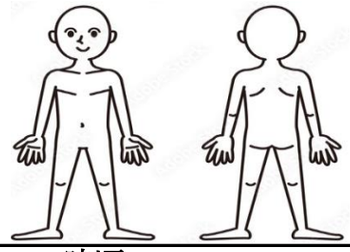
●太枠内は必ずご記入お願いします。その他の欄は、初診の方や変更がある場合にご記入をお願いします。

診察券番号		体温: ℃ 脈拍: 回/分 血圧: / mmHg	
当院受診歴	なし ・ あり	記入日	年 月 日
フリガナ		電話番号	(自宅) - -
氏名			(携帯) - -
性別	男性 ・ 女性		
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日(歳)	現住所	〒 -
勤務先		勤務先電話番号	
緊急連絡先	□前回と変更なし	氏名:	電話番号: ご関係:

希望される診療科がありましたらご記入下さい	科	本日は紹介状をお持ちですか	はい・いいえ

1) どのような症状でお困りですか

症状のある場所に○をつけてください



2) その症状はいつからですか	年 月 日 時頃 (日前) (ヶ月前) (年前)	
3) 痛みはありますか ※該当する数字に○を付ける	なし・あり	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0:痛くない ←→ 10:我慢できない
4) 今までに病気で治療を 受けたことがありますか (入院・手術)	なし・あり	病名: (歳) 病名: (歳)
5) 現在、治療中の病気はありますか ※ありの場合は該当するものに○またはご記入下さい	なし・あり	糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 喘息(気管支喘息) ・ リウマチ膠原病 ・ 精神疾患 その他( )
6) お薬手帳の持参	なし・あり	当院 ・ 他院
7) 現在服用中の薬はありますか ※お薬手帳を持参されていない方は薬剤名をご記入下さい	なし・あり	薬剤名 ( )
8) ご職業(該当するところに○)	会社員・パート・自営業・公務員・主婦・無職・その他( )	
9) 家族構成・介護認定の有無	( )人暮らし / 介護認定:あり・なし / 要支援・要介護( )	
10) 喫煙歴	吸わない・吸う・禁煙した(歳 ～ 歳まで 1日 本)	
11) 飲酒の有無・種類・量	飲まない・飲む(種類: 1日量: ml 週に 回)	
12) ペースメーカーなど体内外に金属や医療機器が入っていますか	なし・あり	ペースメーカー・持続血糖測定機・ステント・クリップ シャント・入れ墨・アートメイク・その他( )
13) 女性の方のみご記入下さい	妊娠している または 妊娠の可能性	なし ・ あり
	授乳中ですか	いいえ ・ はい

■マイナ保険証の登録はすでにお済みですか	はい ・ いいえ
※「マイナ保険証」とはマイナンバーカードを保険証として利用できる制度のこと	
■上記で「はい」に○をつけた方 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
■この1年間で健康診断(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか	はい ・ いいえ
※マイナ保険証による情報取得に同意した方は記載不要 受診時期 (年 月頃) 指摘事項 ( )	

※当院は医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)算定医療機関です。
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おります。マイナ保険証のご利用にご協力ください。