

# 問診票

No. \_\_\_\_\_

記入日: 令和 年 月 日

フリガナ	男・女	生年月日	T・S・H・R	年	月	日
氏名			(	歳)		
住所	〒					
電話番号	(自宅)		(携帯)			
1	○他の医療機関からの紹介状を持っていますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → 受付までご提出ください					
2	○いつから、どこが、どのように具合が悪いですか? ○ から  ○症状をお書きください  ( )					
3	○現在治療中、または過去にかかった病気はありますか? <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> アレルギー(花粉症、鼻炎、アトピー性皮膚炎など) <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
4	○現在処方されているお薬はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → ○お薬手帳は持っていますか? ※持参の方は提出し、無い方は薬品名を書いてください ※マイナ保険証で受付し情報取得に同意した方は直近1カ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能です <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(薬品名: )					
5	○何か手術をされたことはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → 手術名(病名): 　　いつ頃:					

**※裏面もございます**

6	○お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ □なし □あり(お薬・食べ物名 )
7	○お酒は飲みますか？ □なし □あり(週 日) 種類・量 ( )
8	○タバコを吸いますか？ □吸わない □吸う(1日の本数 本 年間 □やめた(吸っていた1日の本数□ 本 歳～ 歳 )
9	○この1年間で特定健診(メタボ健診)や自治体の高齢者健診を受けましたか？ ※マイナ保険証で受付し情報取得に同意した方は、記載を省略可能です。 □受けていない □受けた → 受診時期( 年 月)・指摘事項( )
10	○女性の方のみ 妊娠中ですか？ □いいえ □はい(妊娠 週) 授乳中ですか？ □いいえ □はい
11	○当院をどのようなきっかけで知りましたか？ □ご近所で □知り合いから □新聞広告 □インターネット □その他( )

※マイナ保険証をご利用になる方は以下のご質問にお答えください。

<p>○マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？ □いいえ □はい</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;">         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。       </p>
---

オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン確認システムを導入しております。

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。

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。

厚生労働省の規定により医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定をさせていただきます。

1. 初診時・加算1「6点」・加算2「2点」(マイナ保険証を利用した場合)

2. 再診時・加算3「2点」(健康保険証での受診の場合)

\*ご記入いただきありがとうございました。

問診表に記載された個人情報、患者様の診察・健康管理の目的以外には使用いたしません。

おおくにクリニック