

診察申込書・問診票

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	大正・昭和・平成・令和	年齢	体重
氏名			年 月 日生	歳	kg
住所	〒 _____	電話		-	-
		携帯		-	-
勤務先名		勤務先電話		-	-

1	本日、マイナンバーカードをお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい の場合、薬や健診等の情報を取得してもよろしいですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	他の医療機関からの紹介状はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在の症状を詳しくご記入ください。(いつから等、具体的に) 受診科()科)
4	食欲はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 睡眠はどうか？ <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い
5	便通はどうか？ <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟らかい (1日に 回・または 日に1回)
6	現在、他の医療機関に通院していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (医療機関名:) (受診日: 年 月ごろ) (治療内容:)
7	現在、処方されている薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬名:)
8	今までに入院や手術をするような大きな病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名:) (いつ頃: 年 月ごろ) (医療機関名:) (治療内容:)
9	この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受けられましたか？ ※マイナンバーカードで薬や健診等の情報取得に同意される方は記載不要です。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (いつ頃: 年 月ごろ) (指摘事項:)
10	薬や注射、食品等で蕁麻疹やショック等が起きたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (かぜ薬・ペニシリン・その他:)
11	女性の方のみお答えください ● 生理はありますか？ <input type="checkbox"/> まだない <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経(最終生理は 月 日より 日間) ● 現在、妊娠中または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中(妊娠 週目) <input type="checkbox"/> 授乳中

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、マイナンバーカードの利用にご協力をお願いいたします。

◆ 医療情報取得加算
○ 初診時(月1回) : 1点
○ 再診時(3月に1回) : 1点

※ マイナンバーカードの利用の有無にかかわらず1点となります