

ID :

記入日 : 年 月 日

内科問診票

| | | | | | | | |
|------|------------|-----|---------|---|---|---|------|
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | | | | |
| 氏名 | | | 大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| 住所 | 〒 — | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅 : () — | | 携帯 : — | | — | | |

| |
|--|
| 1 本日はどうなさいましたか？ |
| 2 1の症状はいつ頃からありますか？ |
| 3 発熱はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (体温 : °C いつから : 月 日 午前 ・ 午後 時頃から) |
| 4 現在他の医療機関で治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () |
| 5 現在飲んでいるお薬はありますか？お薬手帳持参の場合はご提示ください。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () |
| 6 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () |
| 7 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () |
| 8 喫煙、飲酒について教えてください。 タバコ : <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 × 年間) お酒 : <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週に 日、種類・量) |
| 9 女性の方へ 現在、妊娠はされていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 授乳中 |
| 10 65歳以上の方へ 介護認定を受けていますか？ <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている (要支援 : 1 ・ 2 ・ 3、要介護 : 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) |
| 11 マイナ保険証による情報取得について <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない 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。 ◆医療情報取得加算 (初診時) (初診時) 加算 1 : 3点 もしくは 加算 2 : 1点 (マイナ保険証を利用した場合 または紹介状持参の場合) |

※他院からの紹介状やCD-Rをお持ちの方は総合受付へご提示ください。