

問診票 (診察)

裏面もあります

記入日 西暦

年

月

日

ID:

フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年齢
氏名		大・昭・平・令	才
住所 〒	—	年 月 日	
電話番号①	—	—	本人・()
②	—	—	本人・()
③	—	—	本人・()

※予約変更等のご連絡をさせていただく場合がございます。必ず連絡のとれる番号を優先順にご記入ください。

1) 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2) 本日はどうされました? ※簡単に記入してください。			
3) いつからですか?			
4) 症状の経過はどうですか?	<input type="checkbox"/> 悪化している <input type="checkbox"/> かわらない <input type="checkbox"/> 改善傾向		
5) 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⇒時期、医療機関名等 ()		
6) 毎日飲んでいる薬はありますか?	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい⇒お薬手帳をお持ちの方は受付に見せてください。 薬剤名 ()		
7) 今までに手術を受けたことはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒手術名・部位 ()		
8) 下記で該当するものはありますか?			
<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 人工弁	<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリッピング	<input type="checkbox"/> 人工内耳
<input type="checkbox"/> カラーコンタクト	<input type="checkbox"/> インプラント	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 歯列矯正
<input type="checkbox"/> 磁石を使った義歯	<input type="checkbox"/> 入れ墨 (眉毛、アイライン等も含む)	<input type="checkbox"/> 避妊リング	
<input type="checkbox"/> 膀胱瘻や膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> その他の体内金属 ()		
<input type="checkbox"/> 上記に当てはまるものはない			

裏へ続きます⇒

9) 薬や食べ物でアレルギーを生じたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒薬、食べ物など ()
10) お酒を飲みますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11) たばこを吸いますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12) 当院をどうやって知りましたか？ <input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> 他のインターネット情報 <input type="checkbox"/> 知人・家族 <input type="checkbox"/> 受診歴がある <input type="checkbox"/> その他 ()
13) ご来院の交通手段を教えてください。 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー
14) (女性の方へ) 妊娠中または授乳期間中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> 妊娠中 (妊娠 週) <input type="checkbox"/> 授乳中
15) マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16) この1年間で健診 (特定健診及び高齢者検診に限る) を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒受診時期、指導事項など ()

※ 労災 または 交通事故 の方は受付にお申し出ください。

◆交通事故による検査の方は、以下の項目もご記入ください。

事故の状況：		
事故日	西暦	年 月 日
保険会社	保険会社名：	
	電話番号： ()	担当者：

<p>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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。</p> <p>※医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (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)</p>

***** ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。 *****