

内科 問診票

-山本内科-

記入日： 年 月 日

ふりがな		性 別	生 年 月 日		
お名前		男 ・ 女	大・昭 平・令	年 月 日	歳
ご住所					
TEL (日中にご連絡のつきやすい電話番号)	— —				

	体温	°C
--	----	----

◆マイナ保険証（保険証と紐づけられたマイナンバーカード）をお持ちですか？

はい いいえ
 → 本日、診療情報取得に同意されましたか? はい いいえ

◆お困りのこと教えてください。

<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> くしゃみ	<input type="checkbox"/> のど痛
<input type="checkbox"/> 動機・息切れ	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> しげれ	<input type="checkbox"/> めまい
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 体重減少	<input type="checkbox"/> 倦怠感
<input type="checkbox"/> 排尿時痛	<input type="checkbox"/> 頻尿	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 検診結果の相談			<input type="checkbox"/> その他：	

◆いつからですか？

本日から 昨日から _____ 日前から _____ 週間前から
その他：

◆今までにかかった、あるいは現在かかっている病気を教えてください。

<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> がん
<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 白内障	
<input type="checkbox"/> その他：					

◆その他の医療機関にかかってますか？(医療機関名：) 紹介状 有 無◆今服用しているお薬はありますか？ 有 無 (お薬手帳をご準備ください)◆アレルギーはありますか？ 有 無

花粉症 薬： _____
食物： _____ その他： _____

◆たばこ

吸ったことがない
吸っていた・吸う 1日約 _____ 本 喫煙年数 _____ 年

◆アルコール

飲まない 機会があれば 週2-3日 毎日

◆女性の方にのみお聞きします。

妊娠中： 週 授乳中 妊娠している可能性がある

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・システム基盤整備体制充実加算

マイナ保険証を利用しない場合 … 初診時加算 14 点 (6 点)、再診時加算 32 点 (1 ヶ月に 1 回))

マイナ保険証を利用する場合 … 初診時加算 22 点

() は令和 5 年 4 月～ 12 月の特例措置による加算点数となります。