

内科 問診票

ー山本内科ー

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	℃
--	----	---

◆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

◆お困りのことを教えてください。

<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"/> しびれ	<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いますか？（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。