

# 診察申込書

記入年月日 年(令和 年) 月 日

|      |      |     |                  |      |    |    |      |
|------|------|-----|------------------|------|----|----|------|
| フリガナ |      | 性別  | 生<br>年<br>月<br>日 | 大正   | 昭和 | 平成 | 令和   |
| お名前  |      | 男・女 |                  | 年    | 月  | 日  | ( 歳) |
| ご住所  | 〒 -  |     |                  |      |    |    |      |
| 連絡先  | (自宅) | -   | -                | (携帯) | -  | -  | -    |

当院は医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です  
マイナ保険証を使用することで、資格の確認、薬剤情報、健診結果等を  
取得することができます

取得し活用することにより、質の高い医療を提供できるよう努めております  
マイナ保険証のご利用にご協力お願いいたします

☆診察後にお渡しします診察券を大切に保管してください。(紛失の際は再発行手数料がかかります)

《スタッフ記載欄》

・保険証確認

健康保険証

マイナ保険証

# 問 診 票

① 本日受診する症状はいつごろからですか？ \_\_\_\_\_

② どのような症状ですか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

③ 現在、他の病院や医院に通院されていますか？

- ・ いいえ
- ・ はい → 紹介状持参 あり ・ なし

④ 現在、何かお薬を飲んでいますか？

- ・ いいえ
- ・ はい → 本日お薬手帳持参 あり ・ なし (なしの方はお薬名、用量等お書き下さい)

⑤ 今までにかかった病気、手術、ケがはありますか？

- ・ いいえ
- ・ はい

⑥ この一年間で、健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受けられましたか？

- ・ いいえ
- ・ はい

⑦ 今までにお薬や食べ物でアレルギー(じんま診や気分が悪くなったり)が出たことがありますか？

- ・ いいえ
- ・ はい

⑧ お酒は飲みますか？

- ・ 飲まない
- ・ 飲む 週 \_\_\_\_\_ 回程度 (種類) \_\_\_\_\_ (量) \_\_\_\_\_

⑨ タバコは吸いますか？

- ・ 吸わない
- ・ 吸う (1日) 約 \_\_\_\_\_ 本 ・吸っていた \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで

⑩ 女性の方のみお答えください。現在妊娠されていますか？

- ・ していない
- ・ している \_\_\_\_\_ ヶ月 ・わからない (最終月経) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ・授乳中

⑪ マイナ保険証による診療情報取得(薬剤・特定健診情報等)の提供に同意しましたか？

- ・ はい
- ・ いいえ
- ・ 使用していない

⑫ 当院をお選びになった理由について、数字に○をつけて下さい。(複数回答可)

- 1) 知人の紹介 2) 看板をみて 3) 建物をみて 4) ホームページをみて 5) タウンページをみて  
6) 他院からの紹介 7) 以前かかっていた 8) その他( \_\_\_\_\_ )