

問診票 必要事項をご記入の上、診察室にて医師にお渡しください

ID (お持ちの方)	お名前	診察前体温 C°
------------	-----	-------------

現在の症状について／いつ頃から、どのような症状がありますか？

いつから： 症状：

その他のご質問項目（該当する方のみ、ご記入またはチェックをお願いいたします）

►► 女性の方（該当する方はチェックを入れてください）

妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中

►► 小学生以下の方（体重をご記入ください）

kg 粉末 錠剤 シロップ 漢方

►► 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい ※ 詳細：

►► 今までに大きな病気にかかったことがありますか？

はい ※ 詳細：

マイナンバーカード（マイナ保険証）に関するご確認事項

① マイナ保険証による診療情報の提供に同意されましたか? はい いいえ

② 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? はい いいえ

③ 現在、他の医療機関に通院していますか？

はい 【医療機関名：】 / 治療内容： いいえ

④ この1年以内に特定健診または高齢者健診を受けましたか？

はい 【受診時期：】 / 指摘事項： いいえ

医療情報取得加算について

当院ではマイナ保険証を活用し、診療情報を取得・活用することで、質の高い医療の提供に努めています。

正確な医療情報に基づいた診療のため、マイナ保険証のご利用にご協力を願いいたします。

● 加算点数：初診1点（月に1回）・再診1点（3か月に1回）

現在お薬を服用中の方は、診察時に医師へお伝えください。

またお薬手帳をお持ちの方は、ご提示をお願いいたします。ご記入ありがとうございました。