

外来問診票

受診日 令和 年 月 日

ID:

フリガナ		性別	男性 ・ 女性
お名前		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 歳
ご住所	〒		
連絡先	電話:	携帯:	

1.本日は下記のいずれかをご持参なさいましたか？

健康保険証 ・ マイナンバーカードの保険証(以下、マイナ保険証)

2.マイナ保険証で受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報(服薬歴、健診歴等)を当院が取得することに同意されましたか？

同意していない ・ 同意した

3.いつから、どのような症状がありますか？

体温: _____

4.その症状で診察は受けられましたか？

いいえ ・ はい (いつ: _____ どこで: _____ 病院・クリニック)

5.現在、通院中の病気はありますか？また他院からの情報提供書はお持ちでしょうか？

通院中 いいえ ・ はい (病名: _____)

情報提供書 あり ・ なし

6.今までにかかった病気はありますか？

いいえ ・ はい (_____ 歳) 高血圧 糖尿病 心臓病 ぜんそく 緑内障 胃・十二指腸潰瘍
肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 その他 (_____)

7.今までに手術を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい (病名: _____ : _____ 歳)

8.直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診など)を受けられましたか？

(設問1で健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です)

いいえ・はい(健診名: _____ いつ頃 _____ 年 _____ 月頃)

9.現在、内服しているお薬がありますか？ お薬手帳をお持ちの方は、お出しください。

いいえ ・ はい (薬品名: _____)

10.お薬や食べ物などでアレルギーが出たことがありますか？

いいえ ・ はい (何で: _____ どのような: _____)

11.たばこは吸いますか？

いいえ ・ はい ・ 以前吸っていた (_____ 本/日 _____ 年間)

12.お酒は飲みますか？

いいえ ・ はい (何を: _____ どの位の量: _____ 毎日 ・ 時々)

13.女性の方にお伺いします。

現在、妊娠中または授乳中ですか？

いいえ ・ はい (妊娠の可能性がある ・ 妊娠中である ・ 授乳中である)

14.その他、医師へお伝えしたいことがあればご記入ください。

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お願いいたします。