

外来問診票

年 月 日

フリガナ 名前	男 ・ 女	体重 kg	身長 cm
生年月日 T ・ S ・ H ・ R	年 月 日 (歳)	職業	
住所 〒			
電話 ・ 携帯電話			

本日はどこにどのような症状があり受診されましたか。

その症状はいつからですか。 月 日 時頃より

●現在、通院中の病院はありますか。

ない ある→病院名： 病名：

●現在、飲んでいるお薬がありますか。 ない ある

●お薬の情報（お薬手帳） ない ある ※お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提出下さい。

お薬手帳を持参されていない方はお薬の内容がわかれば下記にお書き下さい。

()

●飲んでいるお薬に抗凝固剤（血液がサラサラになるお薬）がありますか。 ない ある

●今までにかかった病気に☑を入れて下さい。

糖尿病 高血圧 心臓病 脳梗塞 がん ぜん息 肝臓病 腎臓病 結核

●手術を受けたことがあれば、下記にお書き下さい。

手術 () いつ頃 () 何歳 ()

●血縁の方が今までにかかった病気に☑を入れて下さい。→【記入例：☑高血圧（母親）】

高血圧 () 心臓病 () 糖尿病 () 脳疾患 () がん ()

●この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか。

いいえ はい→受診時期：

指摘事項：

※裏面もご記入ください

●今までに、食べ物や薬で喘息発作やじんましんなどのアレルギーが出たことがありますか。

ない ある（原因：食物・薬剤・鼻炎・その他：_____）

●たばこは吸いますか。

吸わない 吸う（ _____ 歳から _____ 本） やめた（ _____ 歳から _____ 歳 _____ 本）

●お酒は飲みますか。

飲まない 飲む（酒・ビール・焼酎・その他 週に _____ 日、 _____ ml/日）

●女性の方は、お答え下さい。

妊娠はしていますか。 いいえ わからない はい 妊娠中（ _____ 週） 授乳中

●マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 はい いいえ

マイナ保険証を利用しない場合

マイナ保険証を利用しても診療情報提供に同意されない場合

医療情報取得加算 1 | 初診時 3 点（月 1 回に限る）

医療情報取得加算 3 | 再診時 2 点（3 月に 1 回限り算定）

マイナ保険証で診療情報提供に同意された場合

他院からの紹介状をお持ちの場合

医療情報取得加算 2 | 初診時 1 点（月 1 回に限る）

医療情報取得加算 4 | 再診時 1 点（3 月に 1 回限り算定）

正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカードの保険証利用にご協力をお願いいたします。