

診 療 問 診 票

本日の体温

℃

フリガナ				男 ・ 女
氏 名				
生 年 月 日	大・昭・平	年	月	日 (歳)
住 所	〒			
電 話	()	—	職業	
携 帯 電 話	()	—		
1) どのような症状で来院されましたか。具体的な症状を書いて下さい。				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> その症状はいつからですか。 </div>				
2) ①過去に治療した病気はありますか。 な い ・ あ る				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ②現在治療中の病気はありますか。 な い ・ あ る </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ③服用している薬はありますか。 な い ・ あ る </div>				
3) 薬や食べ物でアレルギーはありますか。				
な い ・ あ る				
4) 家族（血族）で大きな病気をされた方やアレルギー体質の方はいますか。				
いいえ ・ は い				
5) ①飲酒されますか				
定期的に飲む ・ 機会飲酒のみ ・ 全く飲まない				
(頻度： 一日量： ml)				
②喫煙されますか				
はい（一日 本 ） ・ いいえ				
6) 女性の方に：妊娠している可能性はありますか。 な い ・ あ る				
授乳中ですか。 いいえ ・ は い				
7) 来院のきっかけを教えてください。				
・ ホームページを見て ・ 知人・家族（ 様）からの紹介 ・ 広告を見て ・ 建物の前を通りかかって ・ 医療機関からの紹介 ・ その他（ ）				

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下さい。情報取得の同意の有無により初診の患者様には、医療情報・システム基盤充実体制加算として以下の費用をご負担いただきます。

	マイナンバーカードを	加算名称	
初診時	利用しない場合	加算 1	4 点
	利用する場合	加算 2	2 点

※診療問診票に記載された事項は個人情報保護法により診療並びに医療保険事務以外の目的には使用いたしません。

この内科クリニック