

# 折口医院 問診票

※わかる範囲で記入または○をお願いします。

- フリガナ  
1 : 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 緊急連絡先 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
- 2 : 本日は、下記のいずれをご持参されましたか？  
 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)
- 3 : マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。  
あなたの診療情報 (服薬歴、健診歴など) 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
- 4 : 直近 1 年間で健診 (特定や高齢者など) を受けられましたか？  
※3 の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。  
 受けていない  受けた (健診名 : \_\_\_\_\_ )  
(いつ頃 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)
- 5 : 紹介状をお持ちですか？ (いいえ・はい) ※はいの場合は受付に紹介状をお渡し下さい。
- 6 : 本日来院された理由について  
いつから、どのような症状がありますか？ \_\_\_\_\_ 頃より  
熱がある せきがある タンがでる 鼻水・鼻づまり のどが痛い ぜんそく  
息が苦しい 胸が痛い 食欲がない 息切れがする 吐き気・おうと  
下痢・便秘 ときどきする 血圧が高い その他 ( \_\_\_\_\_ )  
健康診断で精密検査・再検査の判定となった 禁煙したい  
癌治療希望 癌緩和ケア希望 訪問診療希望 在宅ホスピス希望 尊厳死協会
- 7 : 当院を受診される前に、他の医療機関を受診されましたか？ (いいえ・はい)  
\_\_\_\_\_ 病院／診療所
- 8 : 現在お飲みになっている薬はありますか？ (いいえ・はい) ※お薬手帳をご持参頂ければ記入不要です。  
薬の種類・名前 ( \_\_\_\_\_ )
- 9 : ふだん治療中の病気はありますか？また、どこに通院されていますか？  
(なし・あり) 病名 : \_\_\_\_\_ 病院／診療所
- 10 : 過去に病気や手術したことがありますか？  
(なし・あり) \_\_\_\_\_ 年頃 ( \_\_\_\_\_ 歳頃)
- 11 : 喘息 (あり・なし)、花粉症・アレルギー性鼻炎 (あり・なし)、アトピー性皮膚炎 (あり・なし)
- 12 : 薬や食品のアレルギーがありますか？  
なし・あり ( \_\_\_\_\_ )
- 13 : 喫煙・飲酒はされますか？ タバコ 1日 \_\_\_\_\_ 本、お酒 週 \_\_\_\_\_ 日
- 14 : ペット なし・あり ( \_\_\_\_\_ )
- 15 : 職業 ( \_\_\_\_\_ ) ホコリを吸い込むような仕事ですか？ (はい・いいえ)
- 16 : 女性の方のみ：妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)、授乳中ですか？ (はい・いいえ)

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をお願いいたします。  
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時)  
加算1 : 6点 (マイナ保険証を利用しない場合)、加算2 : 2点 (マイナ保険証を利用した場合)