

NO.

問診票

令和 年 月 日

ふりがな				年 齡		
お名前				歳		
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	性別	男・女
ご住所	〒				—	
電話番号			携帯番号			
ご家族連絡先	お名前（ ） 続柄（ ） 電話番号（ ）					
マイナンバーカード保険証による診療情報取得に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 持っていない						

1・紹介状はお持ちですか？	ある ・ ない 【紹介状をお持ちの方は、7番以降の記入をお願いします】
2・今日はどうなさいましたか？ (該当するものに○をつけてください)	発熱・咽頭痛・咳・腹痛・下痢・めまい・手足のしびれ 吐き気・頭痛外来・物忘れ外来・禁煙外来 その他（ ）
3・上記の症状はいつごろからですか？	（ ）頃から
4・ご希望の診療科はありますか？	内科 ・ 精神科
5・他にかかりつけの病院はありますか？	ある ・ ない 病院名（ ） 病名（ ）
6・現在飲んでいるお薬はありますか？	ある ・ ない 【お薬手帳 持っている ・ 持っていない】
7・薬や注射で気分が悪くなったことがありますか？	ある ・ ない 具体的な症状（ ）
8・食べ物でアレルギーはありますか？	ある ・ ない 具体的な症状（ ）
9・過去に大きな病気や入院をしたことはありますか？	ある ・ ない 病名（ ） いつ頃（ ）
10・女性の方にお伺いします。 妊娠している可能性はありますか？	ある ・ ない
11・喫煙していますか？	はい ・ いいえ
12・塚原クリニックをどちらでお知りになりましたか？	他医療機関からの紹介 ・ 看板等を見てホームページを見て 知人の紹介 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、マイナンバーカード保険証のご利用をお願い致します。

★医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1→4点 加算2→2点（マイナンバーカード保険証を利用した場合）

塚原クリニック