

初診時間診票

身長 cm 体重 kg 腹囲 cm

No.

ふりがな \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ ( 才 ) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日  
 ( 千 - )

ご住所 \_\_\_\_\_

連絡先を必ず2つご記入下さい。(自宅・携帯・ご家族の携帯など)

① \_\_\_\_\_ (自宅・携帯・他( )) ② \_\_\_\_\_ (自宅・携帯・他( ))

1. 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？  
 はい いいえ
2. マイナ保険証（保険証と紐付けされたマイナンバーカード）はお持ちですか？  
 はい → 本日、診療情報取得に同意されましたか？（ はい いいえ ）  
 いいえ
3. 本日はどのような症状がありますか？○を付けてください。一番辛い症状に◎を付けて下さい。  
 発熱 喉の痛み 寒気 くしゃみ・鼻水 咳 痰 血痰 息切れ (熱 °C)  
 胃痛 腹痛 吐き気 嘔吐 吐血 食欲不振 下血 お腹が張る 便秘 下痢  
 排尿痛 尿が濁る 血尿 頻尿 尿が出ない 喉の圧迫感 飲み込みにくい 動悸 だるい 多汗  
 体重減少 体重増加 手の震え 喉の渇き トイレに近い 疲れやすい  
 その他の症状 ( )
4. いつ頃から症状がありますか？ ( )
5. その症状に対して薬を飲まれましたか？ ( )
6. 今までに通院や入院、または手術をしたことがありますか？ ( いいえ ・ はい )  
 何歳 病名 治療病院  
 ( )
7. 現在治療中の病気はありますか？  
 何歳から 病名 通院病院  
 ( )
8. 現在、服薬されているお薬はありますか？（お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい。）  
 ※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近 1 ヶ月以内の処方薬以外は省略可。  
 薬名の分かる方はお書き下さい ( )
9. この 1 年間で健診を受診されましたか？  
 ※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、特定健診及び高齢者健診について省略可。  
 はい 受診時期 ( ) 指摘された事 ( )  
 いいえ
10. 女性の方にお伺いいたします。現在、妊娠の可能性はありますか？あるいは授乳中ですか？  
 はい (妊娠中→ \_\_\_\_\_ ヶ月 授乳中 )  
 いいえ

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、活用する事により、  
 質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。  
 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よろしくお願い致します。