

問診票

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。

令和 年 月 日

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

さいかいクリニック

ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)
名前				
住所	〒			
自宅電話		携帯電話		
緊急連絡先	名前: 続柄() 電話番号:			

- 1: マイナ保険証による診療情報取得について 同意する
- 2: 他の医療機関からの紹介状を持っていますか? はい いいえ
- 3: 本日はどのような症状がりますか?
()
いつからですか? ()
- 4: 現在、他の医療機関に通院していますか? はい いいえ
(医療機関名:)
(受診日 年 月 日)
(治療内容:)
- 5: これまでに大きな病気にかかったことがありますか?(入院や手術を要する病気等)
はい いいえ
(病名:)
(時期: 年 月 日)
(医療機関:)
- 6: 現在、処方されているお薬はありますか? はい いいえ
(マイナ保険証による情報取得に同意した方については直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能)
(薬剤名:)
(投薬期間:(日から)(日前頃から)(ヶ月前頃から))
- 7: この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受診しましたか?
(マイナ保険証による情報取得に同意した方については、記載を省略可能)
はい いいえ
(受診時期: 月 日)
- 8: これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか? はい いいえ
(原因:) (症状:)
- 9: 【女性のみ】 現在、妊娠中又は授乳中ですか? はい いいえ

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の使用にご協力をおねがいいたします。

◆医療情報取得加算

マイナ保険証を利用しない場合…初診時 加算1 3点 【再診時 加算3 2点(3月に1回)】
マイナ保険証を利用する場合……初診時 加算2 1点 【再診時 加算4 1点(3月に1回)】