

# 問 診 票

No. \_\_\_\_\_

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

◎マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？		はい	・	いいえ
◎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
◎ジェネリック（後発医薬品）を希望する		希望する	・	希望しない
			・	医師と相談する
お名前	フリガナ	性別	男・女	
	氏名（ご本人）	生年月日	S・H・R . . .	
ご住所	〒 -	携帯番号	— —	
		E-mail	_____@_____.	
職業	勤続	転職歴	なし・あり（前職_____ 転職回数__回）	
最終学歴（あてはまるものに○をつけてお答えください）				
中学・高校・大学・専門・その他（ _____ ）（学校名_____ 年 卒業/中退）				
◎現在のお困りの内容（_____年_____月ごろから） _____				
◎おおよその経緯、思い当たるきっかけを下記にご記入ください。				
◎診察にあたって希望されることについて（あてはまるものに○をつけてお答えください）				
<input type="checkbox"/> 現状を改善する方法を知りたい <input type="checkbox"/> 薬を処方してほしい <input type="checkbox"/> カウンセリングを受けたい <input type="checkbox"/> 薬に関する説明をしてほしい <input type="checkbox"/> 診断書を発行してほしい <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン希望				
◎これまでに大きな病気をしたことがありますか？ なし・あり				
高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・緑内障・けいれん・その他（ _____ ）				
◎現在服用している薬は？ なし・あり（ _____ ）アレルギー有・無（ _____ ）				
アルコール 飲まない・飲む（1日_____位） タバコ 吸わない・吸う（1日 _____ 本位）				
◎これまでに大麻や覚せい剤シンナーを使用したことがありますか？ なし・あり（ _____ を _____ 年ごろ）				
◎同居している方に○をつけてお答えください。				
父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 祖父母 ・ 子（__名） 義父（年齢__歳）・ 義母（年齢__歳）・ その他（ _____ ）				
※離婚歴 なし・あり（_____回）				
◎血縁関係にある方が心療内科・精神科に通院していたことがありますか？ なし・あり				
通院していた方は？（父・母・兄・姉・弟・妹・子・祖父・祖母・おじ・おば・その他（ _____ ）				
お分かりの範囲で詳細をご記入ください。（ _____ ）				
◎これまでに心療内科・精神科に通院したことがありますか？ ない・あり（ありの場合は下記に記入）				
_____年ごろ 通院先_____ 診断名_____				
当時服用していたお薬があればご記入ください（ _____ ）				
※心療内科・精神科への入院歴 なし・あり _____年ごろ 入院先_____ 診断名_____				
◎その他ご希望があればご記入ください。				

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をお願いいたします。 ※この問診票は診療目的のみ使用します。また、ご本人の同意なく第三者に開示しません。

◆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（通常の保険証）●加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）