

## 問 診 票

こちらの用紙をご記入の上、診察室にてご提出願います。

ID（お持ちの方）

お名前

◎診察前体温 . °C

※発熱症状がある方のみご記入ください

●いつ頃からどのような症状がありますか

 前回症状の続き（継続の場合はをお願い致します。下記症状の記入は不要です）

症状： 頃より

●（女性の方のみ）該当する方はチェックしてください

 妊娠中  妊娠の可能性あり  授乳中

以下項目に該当する方は、診察の前に以下の該当する項目のみご記入お願い致します。

●小学生以下の方をご記入ください。

●お薬の形状の希望がある方はチェックください。

体重 kg

 粉末  錠剤  シロップ  漢方

●薬や食べ物に対するアレルギーがありますか。

 いいえ  はい

●今までに大きな病気にかかったことがありますか。

 いいえ  はい

## マイナンバー保険証による質問事項です。

- 1) マイナ保険証による診療情報提供取得に同意しましたか？  はい  いいえ
- 2) 他医療機関からの紹介状をお持ちですか？  はい  いいえ
- 3) 現在、他の医療機関に通院していますか？  
 はい 【医療機関名： / 治療内容： 】  いいえ
- 4) この1年間で特定健診・高齢者健診を受診しましたか？  
 はい 【受診時期： 月頃 / 指摘事項： 】  いいえ

【医療情報取得加算について】

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。

マイナ保険証にて資格確認：加算点数 初診1点（月に1回）・再診1点（3ヶ月に1回）

健康保険証にて資格確認：加算点数 初診3点（月に1回）・再診2点（3ヶ月に1回）

現在お薬を服用中の方は診察室にて医師にお伝えください。お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。  
ご記入ありがとうございました。