内科問診票

氏名：　　年齢：　　歳　性別：　女　・　男　　職業　：

来院時体温(当院受付時)：　　℃

★オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について★
当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン資格確認システムを導入しております。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おります。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。
厚生労働省の規定により「医療情報取得加算」の算定をさせていただきます。
初診時：加算1「3点／月1回」(健康保険証での受診)・加算2「1点／月1回」(マイナ保険証での受診)
再診時：加算3「2点／3月に1回」(健康保険証での受診)・加算4「1点／3月に1回」(マイナ保険証での受診)

マイナンバーカード　有　・　無　　マイナ保険証による診療情報取得に同意する　□

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？　（　はい　いいえ　）

この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？　（　はい　いいえ　）

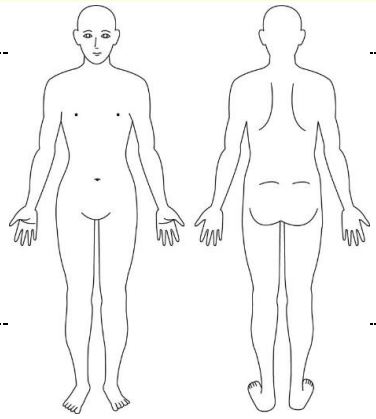
健診時期（　　年　　月）　指導事項

■ 発熱症状はありますか。
※本日の症状に由来していなくても、発熱があった場合は必ずご記入ください。

はい（発熱がはじまった日：　　月　　日　　℃）　・　いいえ

本日の体温(自宅体温測定時：　　℃　/　自宅体温測定日：　　月　　日)

■ 症状をご記入ください。



咽頭痛　・　咳　・　下痢　・血圧・胸が苦しい・めまい

嘔吐　・吐き気・頭痛　・頻尿　・　発疹　・腹痛・下痢

その他：(下記へご記入ください)

〔　　〕

■ 症状はいつ頃からはじまりましたか。

年　　月　　日頃

■ 持病または今までに治療等を受けたことはありますか。

はい：　高血圧　・　糖尿病　・　心臓病　・肝臓病　・　脳梗塞　・　その他（　　）
いいえ

■ 現在、定期的または臨時的にかかっている医療機関はありますか。

はい（医療機関名：　　）　・　いいえ

※お薬手帳お持ちの方は、問診票と一緒にお預かりさせていただきます。
　お持ちでない場合は、その医療機関で処方されている薬をご記入ください。

〔　　〕

■ 薬や食品にアレルギーはありますか。

はい　・　いいえ
薬品名：(　　)
食品名：(　　)
症　状：(　　)

■ 普段の便通について。

最終排便：　　月　　日　/　普段の便：軟便・普通・便秘気味

■ 嗜好について。

酒　：あり（1日　　本程度）　・　なし
たばこ：あり（1日　　本程度）　・　なし

■ 現在、一人でお住まいですか。　いいえとお答えの方は、どなたとお住まいですか。

はい　・　いいえ　（　　）

■ 【女性の方のみ】現在妊娠の可能性はありますか。

はい　・　いいえ