

問 診 票

年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和
名前			年 月 日 (歳)
住所	〒	電話	自宅 携帯

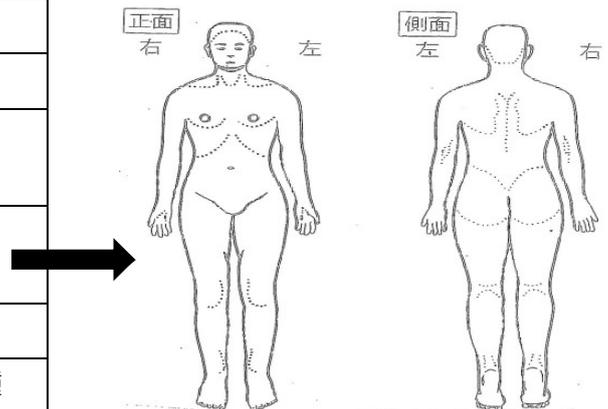
1. どうなさいましたか？ 体温 () °C (以下、当てはまるものに○をお付け下さい。)

■いつからですか？ 今日 昨日 2~5日前 1週間前 それより前

■紹介状はお持ちですか？ ある ない

☆あてはまる部位に○をつけてください

頭・目	・頭痛 ・めまい ・目のかすみ
胸	・胸痛 ・動悸 ・息切れ ・胸の圧迫感
お腹	・腹痛 ・お腹が張る ・下痢 ・吐き気 ・食欲がない ・便秘 ・血便が出た
からだ	・痛い ・しびれる ・力が入らない ・はれている ・おもい ・つっぱる
慢性的な疾患	・高血圧 ・糖尿病 ・脂質代謝異常 ・呼吸器
健診・予防接種	・健診で異常を指摘 ・健康診断 ・予防接種



☆きっかけや原因、その他症状があればご記入下さい

2. 現在、他の医療機関に通院されていますか？ ある ない

■【あると答えた方】どのような病気ですか？

高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 狭心症 心筋梗塞 脳出血 脳梗塞
 その他 ()

・医療機関名 [] ・受診日 [年 月 頃]

・治療内容 [内服治療 ・ 注射 ・ その他 ()]

3. 現在、飲んでいる薬やサプリメントはありますか？ ある ない

■【あると答えた方】お薬手帳はお持ちですか？ 持っている 持っていない

受付に提出お願い致します。

4. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？ ある ない

■【あると答えた方】それは何のアレルギーですか？ []

5. 今までに入院や手術などの大きな病気をされたことはありますか？ ある なし

■【あると答えた方】

・病名 []

・医療機関名 [] ・受診日 [年 月 頃]

・治療内容 [内服治療 ・ 手術 ・ その他 ()]

6. 現在、妊娠していますか？

いいえ 妊娠中 (妊娠 週目) 授乳中

- 本日は、下記のいずれをご持参されましたか？

健康保険証

マイナンバーカードの保険証

(以下、マイナ保険証)



- マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの保険情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

同意していない

同意した



- マイナ保険証で保険情報を当院が取得することに同意していない方にお尋ねします。

直近1年間で健診（特定健診や長寿健診など）を受けられましたか？

※前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。

受けていない

受けた

(区 健 診：特定・長寿・基本・健康づくり)

(その他健診：)

(医療機関名：かつしか江戸川病院・他医療機関)

(い つ 頃： 年 月 ころ)

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を努めています。
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。

◆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 、 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）