

※ お名前とフリガナは
必ずご記入下さい

問診票

フリガナ	生年月日	S H R	年	月	日	体重	Kg
氏名	年齢	歳	職業	性別	男	・	女
〒						電話番号	
住所						携帯番号	

☆ マイナンバー保険証利用の方は診察情報取得に同意されましたか はい いいえ

・食べ物やお薬にアレルギーはありますか はい いいえ

「はい」に○をつけた方は内容を教えてください

☆ 女性の方のみ

・妊娠の可能性はありますか。 はい いいえ

・妊娠している方 現在 月 出産予定日 月 日

・授乳中ですか はい いいえ

☆ 過去を含め喫煙歴をご記入ください

・喫煙歴なし

・喫煙中の方 () 本/日 × () 歳から

・禁煙中の方 () 本/日 × () 歳から喫煙、() 歳より禁煙

☆ お酒を飲みますか (○をつけて下さい)

・はい () ml/日 おつきあい程度 飲まない

☆ いままでにかかった病気はありますか (○をつけて下さい)

花粉症 喘息 高血圧 糖尿病 高脂血症 腎臓病 肝臓病 心臓病 脳梗塞 緑内障 前立腺肥大

その他 (ポリープやがんなど)

☆ 今 お使いのお薬はありますか はい いいえ

「はい」に○をつけた方は内容を教えてください

☆ 現在、他の医療機関への受診があれば病院名・治療内容を教えてください

病院名 ()

治療内容 ()

☆ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか はい いいえ

☆ 当てはまる症状に○をつけて下さい

花粉症治療ご希望の方のみご記入下さい

いつ頃から ()

今年の薬への希望は? 昨年と同じ薬(薬品名) 副作用(眠気等)が少ない薬

鼻水を減らしてほしい 鼻づまりを減らしてほしい

次のページへ

みみ	いつ頃から（	）	
聞こえにくい（右・左）	痛い（右・左）	かゆい（右・左）	耳だれ（右・左）
耳あか（右・左）	耳鳴り（右・左）	自分の声がひびく（右・左）	
その他（			）

はな	いつ頃から（	）		
鼻水	くしゃみ	鼻づまり	鼻血（右・左）	のどに鼻水が落ちる
その他（				）

のど・くち	いつ頃から（	）				
痛い	せき	たん	飲み込みにくい	何か引っかかる感じがする	息が苦しい	声がかれる
その他（						）

その他症状	いつ頃から（	）			
熱がある （いつから		・ 現在	度	・ 最高	度）
首が痛い	首が腫れている	めまい			
その他（					）

☆ この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けましたか	はい	・	いいえ
※マイナンバー保険証による情報取得に同意された方は記載省略して頂いて結構です			
受診時期	年	月	日
指摘事項			

当院では診療情報取得・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・活用するためご理解、ご協力をお願い致します。

◆ 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（保険証利用時）

加算2 → 2点（マイナンバー保険証利用時）

注） マイナンバー保険証を利用されていても**診療情報取得に同意されない方は
保険証利用と同じ取り扱い**になりますのでご注意ください。