

問 診 票

ふ り が な

氏 名 ()

ご住所 (〒)

お電話番号 携帯 () ご自宅 ()

(1) 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか

☐ はい ☐ いいえ

(2) マイナ保険証（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）をお持ちですか

☐ はい

→本日、診療情報取得に同意されましたか（ はい いいえ ）

☐ いいえ

(3) 今日はどのような症状で来院されましたか

☐ 血尿が出た ☐ 残尿感がある ☐ 尿の回数が多い、少ない ☐ 尿が出にくい

☐ 尿がもれる ☐ 性感染症が心配 ☐ 排尿するときに痛みがある ☐ 性機能が低下

☐ むくみがある ☐ 血糖値が高いといわれた ☐ 腎機能が悪いといわれた

☐ 検診で受診をすすめられた ☐ その他 ()

(4) その症状はいつ頃からありますか

() 日前～ () 週間前～ () カ月前～ () 年前～

(5) 現在、発熱していますか ☐ いいえ ☐ はい () ℃

(6) 現在、治療中の病気がありますか ☐ ない ☐ ある

あるとお答えの方

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 前立腺の病気 ☐ がん

☐ その他（病名)

通院中の医療機関名 ()

最終受診日 ()

(7) 現在、服薬されている薬はありますか（おくすり手帳をお持ちでしたらご提示下さい）

* マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近1か月以内の処方薬以外は省略可

()

※裏面へつづく

(8) これまでに大きな病気にかかったことはありますか (入院や手術を要する病気など)

()

→医療機関名 ()

(9) この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか

*マイナ保険証による情報取得に同意した方は省略可

☐ はい (受診時期と指摘事項)

☐ いいえ

(10) 今までに薬や注射や食べ物でアレルギー症状がでたことはありますか

☐ ない ☐ ある (薬品名)

(11) 女性の方にお聞きします

妊娠している、またはその可能性がありますか 授乳中ですか

☐ いいえ ☐ 妊娠中 妊娠 () ヶ月 ☐ 授乳中

☐ わからない

ご記入ありがとうございました

赤塚クリニック

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。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。