

初診受付・問診票

フリガナ

大正 昭和 平成 令和

お名前

男・女

生年月日

年

月

日

歳

〒

—

電話

(

)

現住所

勤務先名称

電話番号

(

)

■ どの科を受診されますか？（○をつけてください）

内科

循環器内科

外科

整形外科

■ 他医療機関からの紹介状を持参されていますか？（○をつけてください）

はい

いいえ

■ どのような症状ですか？

発熱 咳 痰 のどの痛み 鼻水 頭痛 めまい しびれ

腹痛 嘔吐 吐き気 下痢 便秘 体重減少 胸痛 動悸

血圧 発疹 かゆみ 切り傷 外傷 打撲 やけど その他

()

■ その症状はどここの部位ですか？

()

■ いつごろからですか？

()

■ 今まで入院・通院・手術したことがありますか？ あり ・ なし

(病名)

■ 他医療機関に通院されていますか？ はい ・ いいえ

医療機関名 ()

治療内容 ()

■ 現在飲んでいる薬はありますか？ あり ・ なし

(薬剤名)

※お薬手帳など あり ・ なし

■ 食べ物や薬のアレルギーはありますか？ あり ・ なし

(食品 薬剤 その他)

■ 輸血したことがありますか？ あり ・ なし

※女性の方にお聞きします 妊娠の可能性：あり（妊娠 ヶ月） ・ なし

月経について：順調 不規則 止まっている 閉経 授乳中

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか

はい

いいえ

看護師記入欄

○ 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，加算2 2点（マイナ保険証利用頂いた場合）