

糸氏医院 問診表

受診年月日	令和 年 月 日 (午前・午後)	時	分
フリガナ			
受診者名	男・女		
生年月日	大・昭・平 年 月 日		
住所	(〒)		
電話番号			
携帯番号			

☆該当箇所に記入または○をいれてください

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？(痛みがある場合はその部位もお書き下さい)	
2. 今まで注射や薬で副作用(ショック、発疹、気分不良)がありましたか？	有 無
有 → 薬品名()	
3. 今までぜんそくやジンマシンにかかったことがありますか？	有 無
4. 現在、妊娠またはその疑いがありますか？	有 無
5. 現在、他の病院にかかられていますか？	有 無
かかっている → 結核 糖尿病 腎臓病 高血圧 胃潰瘍 心臓病 肝臓病 高脂血症 その他()	
かかっている病院() 内服薬→	有 無
6. 手術又は入院したことがありますか？	有 無
ある → 病名(年 月) 病院名()	
7. 今までに緑内障、前立腺肥大を指摘されたことがありますか？	有 無
ある → (内服薬)	
8. マイナ保険証を利用される方は、診療情報取得に同意されましたか？	はい いいえ 利用せず

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まいります。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカードの保険証としての利用にご協力をお願いいたします。なお、初診時に限り、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1：4点、マイナンバーカードを保険証として利用した場合は、同加算2：2点を診療費に加算させていただきますのでご了承ください。