

問 診 票

ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

ふりがな		続 柄	
お名前		同伴者お名前	
生年月日	昭和・平成	年	月 日 年齢 歳
ご住所	〒		
電 話			
持参書類	□なし □紹介状 □その他 ()		

- 今一番困っていること、相談したい内容は、どんなことですか？ ※複数回答可
 眠れない イライラする 気分が沈む 不安 食欲不振 緊張がつよい
 些細なことが気になる 動悸がする 対人関係がうまくいかない やる気が出ない
 その他 ()
- 上記の症状は、いつ頃からありますか？ ()
- いままでに、精神科・心療内科を受診したことがありますか？
 いいえ はい 病院名 () 受診日 ()
 通院中 お薬 ()
- その他に、内科や整形外科など、現在通院している病院がありますか？
 いいえ はい 病院名 () 受診日 ()
治療内容 () お薬 ()
- いままでに入院や手術をしたことがありますか？
 いいえ はい 病名 () 病院名 () 時期 ()
- 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？
 いいえ はい 受診時期 () 指摘事項 ()
- これまでに薬や食品などで、アレルギーを起こしたことはありますか？
 いいえ はい 原因 ()
- 女性のかたへお聞きします。
現在、妊娠または授乳中ですか？ いいえ はい
妊娠の可能性がありますか？ いいえ はい
- マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ いいえ はい
- お薬が処方された場合、処方箋を薬局にFAXしても良いですか？ いいえ はい

当クリニックは診療情報を取得・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をお願いいたします。

◆初診時の医療情報取得加算・・・マイナンバーカードを利用する場合は1点、利用しない場合は3点

◆再診時の医療情報取得加算・・・マイナンバーカードを利用する場合は1点、利用しない場合は2点