患者ID:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

問診票

年　　月　　日

フリガナ		性別	電話番号
氏名		男 ・ 女	
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 （西暦）	年　　月　　日　　歳	
フリガナ			
住所	〒		

来院時体温（

A：今日はどうなさいましたか？

□熱が出た　□鼻水が出る　□咳が出る　□痰　□下痢　□便秘　□吐き気

□痛む　→　頭 ・ のど ・ お腹 ・ 胸 ・ 首 ・ 肩 ・ 腰

□気分が悪い　□予防接種（　　）

□健康診断　（　９０００円　・　４０００　円　□プラセンタ注射

□その他（

B：いつ頃からですか？

＿＿＿時間前から　＿＿＿日前から　＿＿＿週間前から　＿＿＿ヵ月前から　＿＿＿年前から

C:過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？　□なし　□あり

・病名（　　）　いつ頃（　　）　・病名（　　）　いつ頃（

・病名（　　）　いつ頃（　　）　・病名（　　）　いつ頃（

D：現在治療中の病気はありますか？　□はい　病名（　　□いいえ

E：現在内服しているお薬はありますか？　□はい　薬剤名（　　□いいえ

お薬手帳をお持ちでしたら受付までお渡し下さい。

F：薬や食べ物でアレルギーや蕁麻疹が出た事はありますか？

□はい　□いいえ

↳ 何で出た事がありますか？　（　　）

G：現在、妊娠している可能性はありますか？

□はい　□いいえ　□分からない

H：どのようにして当院を御存知になりましたか？

□SNS　□紹介　（　　）

□通りすがり　□その他（　　）

※患者様取り違え予防の為、顔写真の撮影にご協力お願いいたします。

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をお願いいたします。
◆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 （マイナ保険証を利用した場合）