

問診票（一般）

記入日： 年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日(才)
住所	〒		
電話番号		本日のご自宅での体温 °C	

1. 当院を初診の方はマイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ する しない

2. 以下の症状で当てはまるものにチェックを入れてください。

- おねつ せき はなみず ゼイゼイ おうと げり おなかいた
 ブツブツ けいれん その他 ()

3. その症状はいつから始まってどのくらいの頻度ですか？

[]

4. 水分や食事は普段の何割くらいですか？

[]

5. おしっこの量は普段の何割くらいですか？

[]

6. 以下で当てはまるのがあれば記載してください。

- ・定期的にかかっている病気 ()
- ・定期的に処方されている薬 ()
- ・過去にかかった大きな病気 ()
- ・くすりや食べ物のアレルギー ()

7. 他に心配なことがありますか？

[]

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）