初診時　問診表

年　　月　　日

フリガナ お名前	自宅電話　（　　） 携帯電話　（　　）
〒 ご住所	
生年月日 T・S・H・R　　年　　月　　日　　才　　男　・　女	
1　いつから、どのような症状がありますか？ （具体的に）	
2　現在治療中のご病気についてお書きください。 病名： 薬品名： 病院名：	
3　手術や入院をしたことがありますか？ 手術　　ない　・　ある　（病名：　　年　　月頃） 入院　　ない　・　ある　（病名：　　年　　月頃）	
4　薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか？　　ある　・　ない 薬品名：　　食品名： 症状：	
5　日常生活についておたずねします。 喫煙　　する　・　しない（1日　　本） やめた（　　年前まで　1日　　本を　　年間） アルコール　　飲む（種類　　量　　）	
6　女性の方におたずねします。　妊娠中ですか？　　はい（　　週）　・　いいえ 最終月経　：　　月　　日から　　・　閉経	
7　マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されましたか？　　はい　・　いいえ	
8　他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？　　ある　・　ない	

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　6点（通常の保険証）●加算2　2点（マイナ保険証利用の場合）

ご協力ありがとうございました　　内野医院