

# 外来診察問診表

患者氏名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

- いつ、どこで、どうされましたか？どんな症状が、いつ頃から続いていますか？

\_\_\_\_\_

- いままでに、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 ) \_\_\_\_\_

- お薬・注射などで、気分が悪くなったことはありますか？

( いいえ ・ はい ) \_\_\_\_\_

- 現在、他の医療機関にて治療・投薬を受けていますか？

( いいえ ・ はい ) \_\_\_\_\_

- 今までにかかった病気（手術なども含む）などがありますか？

( いいえ ・ はい ) \_\_\_\_\_

- 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ ( いいえ ・ はい )

- お薬手帳はお持ちですか？ ( いいえ ・ はい )

- アルコール類は飲みますか？ ( いいえ ・ はい )

- タバコは吸いますか？ ( いいえ ・ はい )

- 現在妊娠している、または

妊娠している可能性はありますか？ ( いいえ ・ はい )

- 授乳中ですか？ ( いいえ ・ はい )

↓↓裏面もご記入下さい

- マイナンバーカードをお持ちですか？ ( いいえ ・ はい )

↓ (“はい”と答えた方のみ下記もご記入下さい)

- マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ ( いいえ ・ はい )

(お薬情報含む)

- 直近1年間に特定健診及び高齢者健診を受けられましたか？

( いいえ ・ はい )

◆マイナ保険証ご利用について◆

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。  
(当院は医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関です)