

(年) 受診歴あり
なし

問診票

(ID:)

病院記載欄

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|---------------|
| ふりがな | | CD-R | |
| 氏名 | | X-P/CT | |
| | | 心電図 | |
| 生年月日 | | ホルター | |
| | | 他() | |
| T・S・H・R | | 他() | |
| 年 月 日 歳 | | | |
| 現住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | (携帯電話) | (自宅) | |
| 身長 | cm | 体重 | kg |
| | | 最終食事時間 | (AM ・ PM :) |
| 1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか | | はい ・ いいえ | |
| 2. 本日はどのような症状(理由)で来院されましたか | | | |
| <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸部違和感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 健診異常 | | | |
| 3. 現在もその症状が続いていますか | | | |
| | | はい ・ いいえ | |
| 4. 今までにされた大きな病気・手術、入院等がありますか | | | |
| 病名 | 時期・年齢 | 病院名 | |
| 病名 | 時期・年齢 | 病院名 | |
| 病名 | 時期・年齢 | 病院名 | |
| 5. 現在のかかりつけの病院名と、服用されている薬を教えてください | | | |
| ※お薬手帳をお持ちの方は、ご提示お願いします。(その場合、記載は不要です) | | | |
| マイナ保険証による情報取得に同意した方は1ヶ月以内の処方に関し記載してください | | | |
| 病院名 | | | |
| 薬 | 薬剤情報 有・無 | 薬剤情報 有・無 | 薬剤情報 有・無 |

裏面もご記入をお願いします

6. 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 はい・いいえ
 マイナ保険証による情報取得に同意した患者様は記載不要です
 健診受診日 () 指摘事項()
7. 薬・食品等でアレルギーはありますか
 はい 薬品・食品()症状() ・ いいえ
8. たばこを吸いますか
 吸う 1日 本 禁煙した 吸わない
9. お酒を飲みますか
 飲む 1日 日本酒()合 ・ ビール()ml ・ その他() 飲まない
10. 血縁関係にあるご家族に、心疾患、悪性腫瘍の既往のある方はいますか
 はい 血縁() 病名() ・ いいえ
11. コロナ感染症の疑いがありますか(周囲に陽性者がいる、風邪症状がある等)
 はい ・ いいえ
12. 今までコロナにかかったことはありますか
 はい 最終罹患歴() ・ いいえ
13. コロナのワクチン接種状況を教えてください
 ()回 最終接種日() ワクチン種類()
14. 女性の方 現在妊娠の可能性はありますか
 はい ・ いいえ

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) 加算1 4点
 (マイナ保険証を利用した場合、加算2 2点))

看護師記載欄 バイタル等 ADL(車椅子・杖・独歩) その他特記