

問 診 票

ID	受診日	年	月	日	℃
フリガナ		男	生年月日(西暦)		
氏 名		・ 女	年	月	日 (歳)
住 所					
電話番号			携帯電話		
勤務先名			電話番号		
<p>●マイナ保険証による診療情報取得について <input type="checkbox"/>同意する</p> <p>●他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? はい / いいえ</p> <p>●本日受診することになった主な症状は?</p> <p>・症状内容:</p> <p>・発症時期: 日から</p> <p>・原因:</p> <p>●既往歴 (過去にかかったことのある病気・入院や手術を要する病気)</p> <p>高血圧・糖尿病・心疾患・喘息</p> <p>その他:</p> <p>医療機関: 時期: 治療内容:</p> <p>●現在、治療中の病気や服用の薬はありますか?(ビタミン剤漢方薬服用の場合もお書きください)</p> <p>・病気 なし / あり()</p> <p>医療機関: 受診日:</p> <p>・薬 なし / あり()</p> <p>投与期間:</p> <p>(マイナ保険証による情報取得に同意した方については、記載を省略可能)</p> <p>●この1年間で特定健診又は高齢者健康診断を受診しましたか? はい / いいえ</p> <p>(マイナ保険証による情報取得に同意した方については、記載を省略可能)</p> <p>●家族の病歴 (家族に成人病等の病歴がありますか?)</p> <p>・なし / あり()</p> <p>●アレルギーはありますか?</p> <p>・薬 なし / あり()</p> <p>・食物 なし / あり()</p> <p>・その他 なし / あり()</p> <p>●アルコールは飲みますか?</p> <p>・飲まない / 飲む (1週間に 回)(アルコールの種類・量)</p> <p>●喫煙習慣がありますか?</p> <p>・なし / あり (1日 本 年間)</p> <p>●周囲の方などにインフルエンザにかかられている方がいますか?</p> <p>・はい / いいえ</p> <p>●発赤等皮膚症状はありますか?</p> <p>・はい / いいえ (いつからですか?)</p> <p>●1ヶ月以内に中南米、中東及びアジア諸国へ渡航歴はありますか?</p> <p>・なし / あり (場所: 期間:)</p> <p>●女性の方にお伺いいたします。妊娠または、その可能性はありますか?</p> <p>・はい / いいえ</p>					

医療法人社団三成会 **河北前田病院**

※こちらにご記入いただいた個人情報は、診療・カルテ作成以外には使用しません。

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に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。

◆医療情報取得加算 初診・・・ 1点 再診・・・ 1点 (3月に1回に限る)