

御茶ノ水聖橋クリニック 問診票

(診察を円滑に行うため、問診票のご記入をお願いいたします)

※記入日：令和 年 月 日

ふりがな		男・女	生 年 月 日	大・昭・平・令
お名前	様			年 月 日生 (歳)
ご住所	〒		電 話	—

※は必ず記入して下さい。

- 1 ※(※マイナ保険証で受付された方に)マイナ保険証による診療情報取得について 同意する
- 2 ※他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい ・ いいえ
- 3 ※本日はどうなさいましたか？ また、その症状はいつ頃からですか？

症状：

いつから：

- 4 ※現在、通院中のご病気や服薬中のお薬はありますか？(※マイナ保険証による情報取得に同意した方については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能)
いいえ ・ はい()
- 5 ※(女性の方に)現在妊娠していますか？ / ※授乳中ですか？
いいえ・はい 　　いいえ ・ はい
- 6 ※今までに大きな病気にかかったことはありますか？(入院や手術を要する病気等)
いいえ ・ はい()
- 7 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？
(※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)
いいえ ・ はい(受診時期： 月 日 指摘事項：)
- 8 ※これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？
いいえ ・ はい(原因： 症状：)
- 9 ※ご家族(血縁)に大きな病気にかかられた方はいますか？
いいえ ・ はい()

以上、ご記入ありがとうございました

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。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よろしくお願い致します。