

《問診票》

年 月 日

お名前 _____ (才) (男 ・ 女)

(ID : _____)

下記の設問で、該当する箇所に☑チェックをつけて下さい。

- マイナ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
- 紹介状はありますか？ ある ない
- 健診で異常を指摘されましたか？ はい (検査項目 _____) いいえ
↳ 結果持参 あり なし
- 簡易血液検査 (メタロバランス、ワンコイン検診) 結果を受けて あり なし
- 現在内服している薬はありますか？ ある お薬手帳忘れ ない
- **以下の症状はありますか？** ある ない
 - 発熱 (_____ 度) 息苦しさ (呼吸困難)
 - 強いだるさ (倦怠感) 味覚や嗅覚の異常上記の症状はいつからですか？ (_____)
- **比較的軽い風邪の症状 (発熱や咳など) が4日以上続いている** ある ない
- **1週間以内に発熱があった (いつから _____ 度)** ある ない
- いつ頃から症状がありますか？ (_____) 頃から
- どのような症状でお困りですか？下記の項目に☑チェックをつけて下さい。

消化器内科 受診	
<input type="checkbox"/> お腹の症状 <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>胃の調子が悪い <input type="checkbox"/>胃痛<input type="checkbox"/>吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/>胸やけ<input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>下痢<input type="checkbox"/>お腹の張り	<input type="checkbox"/> 便秘 (日間に _____ 回) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>便が出ない (_____ 日間)<input type="checkbox"/>残便感 <input type="checkbox"/>便がかたい
<input type="checkbox"/> 胆嚢・胆管の症状 <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>健診の再検査 <input type="checkbox"/>胆石 <input type="checkbox"/>胆嚢ポリープ	<input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> 膵臓の病気 <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>健診の再検査	
<input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>健診の再検査 <input type="checkbox"/>黄疸	
<input type="checkbox"/> 便潜血陽性 <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査	

- 今までにかかったことがある病気はありますか？
 - 高血圧 腎疾患 ぜんそく 糖尿病 心疾患 その他 (_____)
- 薬や注射で副作用がでたことはありますか？ ある ない
↳ (薬剤名: _____) 不明
- 現在、妊娠・授乳中ですか？ はい いいえ
- 診察する医師の希望はありますか？ ある (医師名: _____) ない
- 永山腎泌尿器科クリニックに通院されたことはありますか？ ある ない
- 豊岡内科整形外科クリニックに通院されたことはありますか？ ある ない
- 1か月以内にその他の医療機関に通院又は入院されたことはありますか？
 - ある (医療機関名: _____) 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 加算2: 2点 (マイナ保険証を利用した場合)