

# 問診票

体温 \_\_\_\_\_ °C

診察前の確認事項として以下の質問にご協力をお願いします。

ふりがな												
お名前	_____	男・女	T・S・H・R	_____	年	_____	月	_____	日	_____	歳	
住所 〒	_____								電話	_____	職業	_____

**Q1. 本日は下記のいずれをご持参されましたか？**

健康保険証 マイナンバーカードの保険証（以下、マイナ保険証）

**Q2. マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。**

あなたの診療情報（服薬歴、検診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

同意していない 同意した

**Q3. 直近 1 年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？**

※前述の設問（Q2）にて、検診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。

受けていない 受けた（検診名： \_\_\_\_\_ いつ頃： \_\_\_\_\_）

**Q4. 現在、他の医療機関に通院されていますか？**

いいえ はい（医療機関名： \_\_\_\_\_）

**Q5. 現在、他の医療機関から処方された薬などを服用していますか？**

服用していない 服用している（薬剤名： \_\_\_\_\_）

**Q6. 本日来院された理由をお聞かせください。※症状の内容、発症時期、経過など具体的に。**

**Q7. 今までに入院や手術するような大きな病気にかかったことがありますか？**

いいえ はい（病名： \_\_\_\_\_ いつ頃： \_\_\_\_\_）

**Q8. これまでに薬や食品などでアレルギーを発症したことがありますか？**

いいえ はい（具体的に： \_\_\_\_\_）

**Q9. <女性の方へ> 現在、妊娠の可能性はありますか？**

いいえ はい

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をお願いいたします。

