

外科問診票

(ふりがな)
お名前

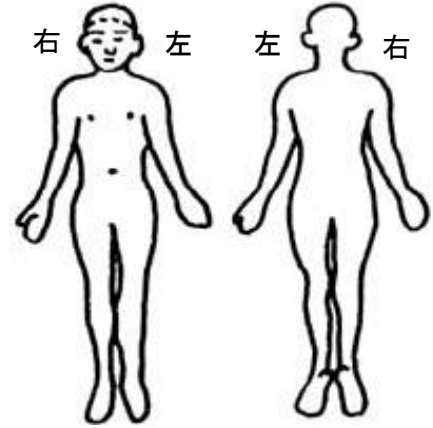
性別: 男・女
年齢()歳

※ 以下の該当する項目に☑を入れて下さい

年 月 日

, 紹介状はお持ちですか はい (当院・他院)
 いいえ

, 診て欲しいところはどこですか
右の絵にしるしをつけてください →



, どうされましたか
 しこり できもの 痛み 傷
 その他 ()

, その症状はいつからですか
月 日 頃から

, 考えられる原因はありますか
 ない
 ある ()

, 塗り薬・飲み薬・注射などで何か症状が出たことがありますか
 ない
 ある ・どんな薬(注射) ()
・どんな症状 ()

, 今までにかかったことのある病気がありますか
 ない
 ある → 糖尿病 ぜんそく 心臓病 高血圧 肝臓病 腎臓病
 その他 ()

, 下記の薬をのんでいますか
 ない
 ある → 心臓の薬 血をかたまりにくくする薬

, 今までに受けた手術がありますか
 ない
 ある ()

※ 小学生以下の方のみご記入ください

・体重 () kg
・最近受けた予防接種 ない ある 種類 ()
時期 (年 月 日)

※ 女性の方のみご記入ください

・現在妊娠中ですか はい いいえ
・現在授乳中ですか はい いいえ

→裏面へ続く

本日マイナ保険証を利用されましたか	はい ・ いいえ
はいの方 → 「診療情報取得」 に同意されましたか	はい ・ いいえ
現在、他の医療機関に通院されていますか	<input type="checkbox"/> 通院なし
<input type="checkbox"/> 通院中（医療機関	受診日 治療内容
内服中の薬はありますか	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（PL病院・他院） お薬手帳持参 無・有	
（薬剤名、投薬期間等	）
*マイナ保険証による情報取得に同意された場合、直近1ヶ月以内の処方薬を除き省略可能	
この1年間で健診（特定健診・高齢者健診に限る）を受けられましたか	（40才以上の方のみ）
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	*マイナ保険証による情報取得に同意された場合省略可能

2023.4

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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 初診時には医療情報・システム基盤整備体制充実加算がかかります。 加算1：6点 加算2：2点
 （加算2はマイナ保険証による診療情報取得に同意された場合 又は 他院からの紹介状を持参された場合）