

# 外科問診票

(ふりがな)

お名前

性別: 男・女

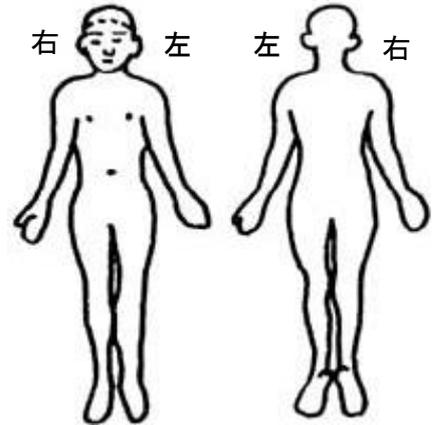
年齢( )歳

※ 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 ( )

※ 1ヶ月以内に 海外へ行かれたか?  はい  いいえ

※ 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

PL病院 外科外来

薬・注射による副作用	無・有	薬品名（	）
アレルギー	無・有	花粉・植物・金属・その他（	）
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	

2024.6

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取得加算がかかります。 加算1：3点 加算2：1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）