**記入日2025年　　月　　日**　　　　**問　診　票**　　　　　　　　ID

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**  **氏　名　：** | | | | Ｍ  　Ｆ  回答せず | マイナ保険証有・無 |
| **生年月日： 昭和・平成・令和・西暦　　　年　　月　 　日 ( 歳)** | | | | | お薬手帳  　有・無 |
|  | **住所　　： 〒　　　－** | | | | |
| **電話番号： （　　　　）**－ | |  | **携帯番号：　　　　－　　　　－** | | |
|  | **差支えなければ、緊急連絡先としての電話番号をご記入ください　（　　　）　　　－　　　　　　　　ご関係（　　　）** | | | | |

**※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・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします**

**◇医療情報・システム基盤整備体制加算（初診時）加算1（4点）、加算2（2点―マイナ保険証を利用）**

1. **本日はどの症状で来院されましたか？**（**最も重篤な症状に［　］の中から一つ〇をつけてください**）

＊いつから　　　⇒　　　月　　日（　　）から　　　　　 　　　　　　　　来院時測定熱　　　　　℃

＊痛み　⇒［ 頭・喉・胸（心臓）・背中・腹・関節・全身］　※心電図・心臓超音波・レントゲン撮影有

＊喉・鼻の症状　⇒［ 咳・痰・鼻水・鼻づまり］　 ※炎症反応の採血有

＊おなかの症状　⇒［ 下痢・吐き気・便秘・便血］ ※炎症反応採血検査・腹部超音波検査有

＊尿の症状　　　⇒ ［ 残尿感・排尿時痛・頻尿］　 　 ※尿検査有

看護師使用欄

＊全身の症状　　⇒［体のだるさ・めまい・発疹］

**2) 現在、他の病院・医院での治療中の疾病はありますか？**

・いいえ ・ はい [ 病名　　　　　　　　]　 [ 薬　　　　　　　　　　]

**3）今までに入院や長期通院をした疾病はありますか？**

**・いいえ・はい**[ 病名　　　　　　　　]　 [ 病院名　　　　　　　　]

**4）薬や食べ物でアレルギー反応は出ましたか？**

医師使用欄

・いいえ ・ はい [ 食べ物　　　　　　　] 　[ お薬名　　　　　　　　]

**5）タバコやお酒について**

　　＊タバコ　　吸わない　　吸う　日　　　　本　　　喫煙歴　　　年

　　＊お酒　　　飲まない　　飲む　週　　　　回

**６）女性の方にお伺いします**

　　＊現在妊娠されていますか　　いいえ　　　はい（　　　週）

　　＊現在授乳中ですか？　　　　いいえ　　　はい

　　＊最終月経日は？　　　　　月　　　　　日

**７）当医院をお知りになったきっかけは何ですか？**

　　①　知人の紹介（差支えなければお名前その方のお名前　　　　　　　　　　　　　　）

②　ホームページ③　その他 ( 　　　　　　)　　　　　　　 )

**８）インターネットの検索方法をお聞かせください～**

①豊中市内科　②循環器　③糖尿病　④呼吸器　⑤胸痛　⑥腹痛

⑦発熱　⑧風邪症状　⑨咳　⑨痛み　⑩その他（　　　　　　　　）　　　　　**医療法人にしい内科クリニック**