

# 診療申込書および問診票

診察の参考とさせていただきますので、以下のご記入をお願いいたします。

また紹介状、お薬手帳、健康診断の結果等をご持参の方は一緒にご提出をお願いいたします。

フリカナ お名前	.....	生年月日 性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ご住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			

該当する項目に  チェックを付けてお答えください。

## 1. 本日は、下記のいずれか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）

## 2. 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、健診歴など）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

## 3. 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？

※前述の設問にて、健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（いつ頃：      年      月      ごろ）

## 4. 本日来院された理由をお聞かせください。

- 具合が悪い      いつから(      ) 症状(      )  
 他の医療機関から紹介状をもらい受診  
 健診・人間ドックでの再検査を希望  
 その他 (      )

## 5. 現在、治療中の病気はありますか？

- いいえ       はい→  高血圧  糖尿病  心臓病  脳卒中  緑内障  前立腺肥大  その他  
その他とお答えした方 (      )

## 6. 飲んでいるお薬はありますか？※お薬手帳お持ちの方は受付にお出してください。記入不要です。

- いいえ       はい→ (      )

## 7. 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：      )

## 8. 血のつながりのあるご家族に病気の方はいらっしゃいますか？(例) 父：高血圧      祖母：糖尿病

- いいえ       はい→  父(      )  母(      )  
 兄弟姉妹(      )  
 祖父(      )  祖母(      )

## 9. 今までに薬や食品で、じんま疹などのアレルギー症状がでたことがありますか？

- いいえ       はい→(      )

## 10. 生活習慣についておききします。

- タバコは吸いますか？       吸わない       吸う       吸っていた (      ) 年前から禁煙中  
吸う/吸っていたとお答えした方→1日平均 (      ) 本 (      ) 年くらい  
お酒は飲みますか？       飲まない       飲む→ (      ) を1日 (      ) くらい

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を努めています。  
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。

◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） ◆

加算1 : 4点 / 加算2 : 2点（マイナ保険証を利用した場合）



産業振興センター診療所  
Industrial Development Center Clinic