

問 診 票

※フリガナを必ずご記入ください

フリ ガナ

氏 名 _____ 男・女 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ(_____ 歳)

郵便番号 _____ - _____

住 所 _____ TEL. _____ - _____ - _____

院内で急に体調が悪くなった時の緊急連絡先 _____ 様 TEL. _____ - _____ - _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血 圧 分かるかた _____ / _____ 今日の体温 _____ °C

1. 過去2週間以内に渡航歴がありますか？ なし・あり⇒ 国名 (_____)

2. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) ⇒ 可能性あり 理由(_____)
可能性なし・不 明

3. 本日は禁煙外来を受診されますか？ は い ・ いいえ

4. いつから どのような症状ですか？

① いつから (_____) 前より

② 症 状 [_____]

5. 上記の症状を改善させるためにお薬を服用されましたか？(慢性疾患治療薬等も含む)

いいえ ・ はい ⇒ 分かれば薬剤名 [_____]

6. 現在の生活

○食 欲 (あり・なし) ○睡 眠 (良い・普通・寝つきが悪い・眠りが浅い)

○便 通 (良好・便秘⇒ _____ 日に _____ 回ほど 軟便・下痢)

○便の色 (正常・黒っぽい・白 い・血が混じる)

○飲 酒 (飲まない・飲 む) ⇒ 毎日・時々 ビール _____ 本 日本酒 _____ 合 ほか _____

○タバコ (吸わない・吸 う) ⇒ 1日に _____ 本程度

↳ しかし (家 庭・職 場) で煙を吸ってしまう

7. 今までに大きな病気にかかったり手術を受けたことがありますか？

いつ _____ 歳頃 病名 _____ 手術名 _____

いつ _____ 歳頃 病名 _____ 手術名 _____

8. 血縁者のかたで、高血圧・高脂血症・糖尿病・脳卒中・癌などの病気にかかった人はいますか？

例：父が糖尿病、母が高血圧で治療中など

(_____)

9. 薬剤や食材で発疹などのアレルギー症状・アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか？

なし・あり⇒ アレルギー症状・アナフィラキシーショック

↳ 分かれば薬剤名 (_____) 食材 (_____)

10. 女性に伺います

妊娠中(可能性あり) ・ 授乳中 ・ 閉 経

月経は(順 調 ・ 不 順)で 最終月経は _____ 月 _____ 日より _____ 日間

医療情報・システム基盤整備体制充実加算対応 初診時間診票に記載すべき問診項目

◆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)

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

◆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

(健診名:)

(いつ頃: 年 月 ごろ)

◆他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

- いいえ はい

◆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:)

◆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:)

大倉山内科クリニックでは診療情報を取得・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。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

加算1:6点、加算2:2点