

# 問 診 票

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	昭・平・令
氏 名			年齢	年 月 日 ( 歳)
住 所	〒			
電話番号				

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ ( はい ・ いいえ )
2. 症状が出たきっかけはありますか？  
 交通事故  労災  スポーツ  その他 ( )

3. どこが痛みますか。痛みの部位を右の図に記入してください。

4. いつから痛みが起きましたか。

5. 痛みが起こった原因がありましたか？ (ある・ない)

あった方は具体的に記入してください。

6. どのような痛みですか？

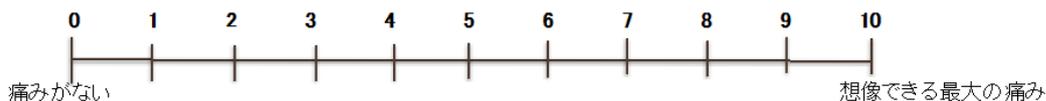
7. 痛みは強くなっていますか？

(強くなっている・変わらない・軽くなっている)

8. 痛みはいつもありますか？

(いつもある・いつもではない)

9. 痛みの強さはどのくらいですか？



10. どのような場合に痛みが強くなったり、軽くなったりしますか？

【強くなる場合】

【軽くなる場合】

11. 痛みのために、日常生活に支障がありますか？ (ある・ない)

12. 今までにこの痛みについて診断されましたか？また治療を受けたことがありますか？ (ある・ない)

a. どのように診断されましたか。

b. どのような治療を受けましたか。

裏面もご記入下さい

13. 体に傷がしやすい、採血の時に血が止まりにくいことがありましたか？ (ある・ない)

14. 今までに下記の病気で、治療を受けられたことがありますか？ (ある・ない)

高血圧 心臓病 糖尿病 腎臓病 喘息 ペースメーカー

人工関節 (膝・股・肩) その他 ( )

15. 現在使用している薬がありますか？ (ある・ない)

(マイナ保険証による情報取得に同意された患者様については、直近1か月以内の処方薬を除き、記載を省略可です)

ある方は薬名を記入してください。

---

16. 薬の副作用やアレルギー (食べ物・薬など) また、治療中に特別な反応が起こったことがありますか？

(ある・ない)

ある方は、食べ物名・薬品名、どのような反応が起こったか記入してください。

---

17. この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか？ (はい・いいえ)

(マイナ保険証による情報取得に同意された患者様については記載を省略可です)

18. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠されていますか？ (はい・いいえ)

19. 現在、介護認定を受けていますか？ (はい・いいえ)

はいの方は、該当するものに○をつけてください。 要支援/要介護 (1・2・3・4)

※ お薬手帳・薬剤情報・紹介状などがございましたら、受付までお預け下さい。

※ お仕事中的おケガ・交通事故の方はお申し出ください。原則保険証は使用できません。

### ～患者様へのお願い～

- 当クリニック、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・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。このことにより、(医療情報・システム基盤整備体制充実加算)の算定医療機関となっております。
- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算として初診時、マイナンバーカードを利用しない場合は6点、初診時マイナンバーカードを利用する場合または、再診時にマイナンバーカードを利用しない場合は2点が加算されます。
- 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。