

# 秋久医院問診票

令和 年 月 日

お名前	ふりがな	男・女	生年月日	大正・昭和・平成
				年 月 日
住所	〒 - - (携帯) - -			
電話番号	(ご自宅) - - (携帯) - -			

1. 今日どのような症状で受診されましたか？（いつから・どこが・どんな症状）  
-----  
-----

2. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？（はい・いいえ）医療機関名（-----）

3. 今までにかかったことのある病気や治療中の病気はありますか？（はい・いいえ）  
高血圧 糖尿病 心疾患 肝臓病 腎臓病 喘息 脳卒中 肺炎  
がん 精神疾患 胃腸の病気 その他（-----）  
医療機関名（-----） 治療内容（-----）

4. 手術を受けたことはありますか？（はい・いいえ）（何歳ころ・何の病気で）  
----- 医療機関名（-----）

5. 現在内服されている薬はありますか？（はい・いいえ）（お薬手帳があればお出し下さい）  
薬剤名（-----）

6. 薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか？（はい・いいえ）  
「はい」の方→（何に対して・どのような症状）-----

7. たばこを吸いますか？ いいえ はい（1日-----本・-----年間）やめた（-----年前）

8. お酒を飲みますか？ いいえ やめた はい  
「はい」の方→（何を：----- 1回量：----- 頻度：ほぼ毎日・週2～3回・月に数回）

9. 女性の方へ→妊娠中（はい・いいえ）・妊娠の可能性（はい・いいえ）・授乳中（はい・いいえ）

10. ご家族（血縁）で下記の病気の方はいますか？（はい・いいえ）《-----》に関係をご記入下さい  
糖尿病《-----》 高血圧《-----》 脂質異常症《-----》 がん《-----》 遺伝性疾患《-----》

11. 本日マイナンバーカードの保険証を利用されますか（はい・いいえ）  
「はい」の方 → 「診療情報取得」に同意されますか（はい・いいえ）

12. 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歳以上の方のみ）  
（はい・いいえ） \*マイナンバーカードの保険証による情報取得に同意される場合は省略可能

13. ジェネリック（後発）医薬品を希望しますか？（はい・いいえ）

14. アンケート：当院をどちらでお知りになりましたか？（宜しければお答えください）  
インターネット 知り合いから（-----） 家族から 自宅が近い 看板広告  
他院から（-----） その他（-----）

- 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、マイナンバー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・システム基盤整備体制充実加算がかかります。加算1：4点 加算2：2点  
（加算2は他院からの紹介状を持参された場合に適用されます。）

ご記入有難うございました。記入が終わりましたら受付までお持ちください。