

## 問 診 票

こちらの用紙をご記入の上、診察室にてご提出願います。

希望診療科： 内科 小児科 整形外科 皮膚科 耳鼻咽喉科 眼科\*コンタクトレンズに関する  
検査は行っておりません

ID（お持ちの方）

お名前

- 5日以内に新型コロナウイルス・インフルエンザの抗原検査を行いましたか？

いいえ はい ⇒ 結果を記入下さい 新型コロナ 陽性・陰性 インフルエンザ 陽性・陰性

◎診察前体温 . °C

- いつ頃からどのような症状がありますか

※風邪症状がある方のみご記入ください

前回症状の続き（継続の場合は□をお願い致します。下記症状の記入は不要です）

頃より 症状：

- (女性の方のみ) 該当する方はチェックしてください

妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中

以下項目に該当する方は、診察の前に以下の該当する項目のみご記入をお願い致します。

- 小学生以下の方はご記入ください。

- お薬の形状の希望がある方はチェックください。

体重 kg

粉末 錠剤 シロップ 漢方

- 薬や食べ物に対するアレルギーがありますか。

いいえ はい

- 今までに大きな病気にかかったことがありますか。

いいえ はい

## マイナンバー保険証による質問事項です。

1) マイナ保険証による診療情報提供取得に同意しましたか？ はい いいえ2) 他医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

3) 現在、他の医療機関に通院していますか？

はい 【医療機関名： 月頃 / 治療内容：】 いいえ

4) この1年間で特定健診・高齢者健診を受診しましたか？

はい 【受診時期： 月頃 / 指摘事項：】 いいえ

## 【医療情報取得加算について】

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
加算点数 初診1点（月に1回）・再診1点（3ヶ月に1回）

現在お薬を服用中の方は診察室にて医師にお伝えください。お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

ご記入ありがとうございました。