

田島クリニック 問診票

日付 年 月 日

お名前	フリガナ	生年月日	T・S・H・R			年	月	日
	男・女		歳	電話				
ご住所	〒（ — ）							

マイナ保険証の利用や問診票等を通して、診療情報（薬剤情報、特定健診情報やその他必要な情報）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おります。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）

①マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 持っていない

他に医療機関からの紹介状持っていますか？ ☐はい ☐いいえ

①今日はどうされましたか？

--

②症状はいつ頃からですか？

頃から

③今まで入院や手術の経験はありますか？

ない ・ ある (病名:)

④現在、治療中の病気はありますか？

ない

高血圧 糖尿病 脂質異常症 痛風 貧血 不整脈

その他 ()

⑤現在、服用している薬があればお書きください（お薬手帳をお持ちの方はご用意ください）

--

⑥アレルギーはありますか？

ない・ある（その原因）

⑦妊娠している可能性はありますか？（生理が遅れているなど）

ない ・ ある（妊娠 月 または 授乳中 ）

⑧お酒は飲みますか？

いいえ ・ はい (毎日 ・ 週 回 種類は?)

⑨タバコは吸いますか？

いいえ ・ はい (1日 本)

⑩身長：_____ cm 体重：_____ kg

⑪当院をどのようにしてお知りになりましたか？

近所 ・ 知人の紹介 ・ ホームページ ・ インターネット ・ その他 ()

※患者様の個人情報は、医療の提供・医療保険事務に利用し、個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましては「個人情報の保護に関する法律」の規定にしたがってすすめております。

検査希望（ あり ・ なし ）

院内検査	採血（ 院内 ・ ① ） 検尿 X-P（ 胸部 ・ 副鼻腔 腹部 ）
	患者ID（ ） （ ）月 （ ）日
	インフルエンザ（A： B： ） 溶連菌（ ） マイコプラズマ（ ）
実施した検査	アデノRS（アデノ： RS： ） 抗原（ ） COVID19 →（ ）
★フリガナ	
★名前	男 ・ 女
★生年月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日（ ）歳 S・H・R（ ）年
	保護者氏名：フリガナ（ ）
（未成年のみ）	保護者氏名→（ ） 続柄：（ ） 連絡先→（ ）
★現住所	〒（ ）住所（ ）
★電話番号①	本人・家族（続柄： ） ☎（ ）
★電話番号②	本人・家族（続柄： ） ☎（ ）
小児の体重	（ ）Kg ★保育園or幼稚園で今流行している感染症（ ）
★症状	最初の症状が始まったのはいつからですか？→（ ）月（ ）日 発熱の有無（ 有 ・ 無 ） 熱が出始めた日（ ） 発熱→最高（ ）℃ 現在（ ）℃ ※当てはまる症状に○をしてください。 頭痛（ ） 寒気（ ） 倦怠感（ ） 関節痛（ ） 咳（ ） のどの痛み（ ） たん（ ） 鼻水（ ） 鼻づまり（ ） はきけ（ ） 嘔吐（ ） 下痢（ ） 腹痛（ ） 味覚異常（ ） 嗅覚異常（ ）
★受診歴	今回のことで当院以外を受診しましたか？（ はい ・ いいえ ） いつ（ ） 検査（ した ・ していない ） 薬の処方（ あり ・ なし ）
★今までの病歴	高血圧 糖尿病 心臓病（ ） 抗がん剤治療中 高コレステロール血症 喘息 ステロイド治療中 その他（ ）
★服用中の薬	（ ）
★アレルギー	無 ・ 有
★妊娠	妊娠の可能性： 無 ・ 有（妊娠中： カ月 ） / 授乳中