

問診票(裏面もご記入下さい)

氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

① 今日はどうされましたか？

・胸が痛い ・動悸がする ・胸の不快感
 ・背中が痛い ・風邪症状 ・その他

--	--	--

② 今までに入院をされたことがありますか？

・はい ・いいえ

③ ②で、「はい」とお答えの方にお聞きます。

いつ頃	どんな病気	どこの病院	入院期間

④ 現在、他の医療機関へ治療の為に通院されていますか？

・はい(_____) ・いいえ

⑤ ④で「はい」とお答えの方にお聞きます。どのような病気で通院されていますか？

病名(_____)

⑥ 糖尿病と言われたことがありますか？

・はい ・いいえ

⑦ ご職業についてお聞きます。

勤務先(_____) 職務内容(_____)

⑧ 造影剤を使用した検査を受けた事がありますか？

・はい(_____) ・いいえ

⑨ ⑧で造影剤を使用したことがあると、お答えの方にお聞きます。造影剤アレルギーはありましたか？

・はい(_____) ・いいえ

⑩ 現在、飲んでいるお薬があれば、そのすべてのお薬を教えてください。

(マイナ保険証同意 (有 無)

*お薬手帳をお持ちの方は、コピーをさせていただきます。

--	--	--

⑪ お薬で、アレルギー症状が出たことはありますか？

・はい(お薬の名前 _____ ・症状 _____) ・いいえ

⑫ 食品でアレルギー症状が出たことはありますか？

・はい(食べ物の名前 _____ ・症状 _____) ・いいえ

⑬ その他にアレルギー症状が出たことはありますか？ 例：花粉症、アレルギー性鼻炎、金属アレルギー等

・はい(アレルギー _____ ・症状 _____) ・いいえ

⑭ 当院を何でお知りになりましたか？

- ・紹介 (ID () 様) あなた様との関係())
- ・他院からの紹介(医療機関名 ())
- 紹介状 () あり () なし ()
- ・調べて () ・広告 ()
- 例: インターネット

⑮ 現在、何人暮らしますか？ () 人)

一緒に暮らしている人の続柄 ()

家族の連絡先 ①

氏名 () 続柄()
住所 ()
電話 (- -)

家族の連絡先 ②

氏名 () 続柄()
住所 ()
電話 (- -)

⑯ 病気、体調のことを相談する方はいますか？

例) 長男の嫁が看護師で相談を聞いてくれる。

()

⑰ 家族歴はありますか？

例) 祖母・・・高血圧症、狭心症

・無し () ・有 ()

⑱ タバコは吸いますか？

- ・はい (1日 () 本位 ()) ・いいえ ()
- ・過去の喫煙状況 (年前 () 歳で禁煙 () 1日 () 本 ())

⑲ お酒は毎日飲みますか？

・はい(1日 () 程度()) ・いいえ ()

⑳ 介護保険の利用はありますか？

・はい(支援 () 1 () 2 () 介護 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()) ・いいえ ()

㉑ 直近1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したか

(マイナ保険証同意 (□有 □無)

・はい () ・いいえ ()

㉒ 現在、妊娠中又は授乳中であるか(女性のみ)

・はい () ・いいえ ()

(妊娠週数等記載:)

その他

マイナ保険証に関する補足説明

- * 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、マイナ保険証の活用の利用にご理解をお願い致します。

マイナ保険証による診療情報取得に同意した場合について
(下記内容について記載が省略することができます)

「マイナ保険証により取得可能な情報については、令和4年9月上旬現在の状況」

- 現在、処方されている薬（直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能）
- この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診の有無

医療情報・システム基盤整備体制充実加算について(説明)

当院では、令和5年4月1日より、初診料および再診料にかかる医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定しています。

記

- ◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算
(初診時マイナ保険証を利用しなかった場合) ----- 加算1 6点
- ◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算
(初診時マイナ保険証を利用した場合) ----- 加算2 2点



医療法人疾風会
わかまつインターベンションクリニック
理事長・院長 阿部 亘 殿

マイナ保険証による診療情報取得について

- 同意する 同意しない

■ 同意署名

私は、貴院において受診あたり、説明書を読み、説明を受け十分に理解いたしました。そのうえでマイナ保険証情報取得を依頼いたします。

令和 年 月 日

同意者氏名

続柄 ()

- * 家族同意者については、配偶者、親、子供、兄弟姉妹の方および法定代理人の方をお願い申し上げます。
- * 説明内容について不明な点がある時やこの同意署名を提出した後に同意書を取り消したい時などはお申し出下さい。