

問 診 票

項目変更不可

(職員使用欄：受診日 ID)
患者様のお名前：

フリガナ：

年齢： 歳

職業：

ご家族等の緊急連絡先を「診療申込書」に必ずお書きください。
(ご自身の携帯電話以外でお願いいたします。)

1, 今回の症状をわかりやすくお書きください
いつ頃から、どのような症状がありますか

この症状で他の病院・診療所にかかった場合はお書きください

医療機関名とかかった日：

治療内容：薬の処方【ある・ない】

その他の治療【 】

これまでににかかった病気や怪我（入院や手術輸血を受けるような）とその時の年齢をお書きください

傷病名 1： その時の年齢：

傷病名 2： その時の年齢：

傷病名 2： その時の年齢：

ご両親・ご兄弟姉妹で病気の方がいらっしゃいますか

なし・あり【続柄： 病名： 】

【続柄： 病名： 】

これまでに食品、薬などでアレルギーが出たことがありますか

ない・ある【 】

(女性のみ) 現在、妊娠中(可能性を含む)又は授乳中ですか

いいえ・はい【妊娠中 月 週・授乳中】

食欲 あり・なし

飲酒 飲む【一日量： 】・飲まない

タバコ 吸う【一日 本 電子・紙巻・その他】・吸わない

介護保険の申請をしていますか【していない・している】(している方は下記もお願いいたします。)

介護度【 自立 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 】

担当ケアマネジャーの事業所とお名前：

(次のページに続く)

利用中の介護サービス：

(マイナンバーカードで保険確認を行い、情報提供に同意された場合記入不要)

- ・ 現在、今回の症状以外に定期的に通院している医療機関、定期的に処方されている薬はありますか。

医療機関名：

傷病名：

薬の名称：

(マイナンバーカードで保険確認を行い、情報提供に同意された場合記入不要)

- ・ (40 歳以上の方のみ) この 1 年で、「勤務先の健診」や「住んでいる地域の健診」を受けましたか
受けた時期

指摘事項

当院は、マイナンバーカードを利用して医療を行うための加算を届け出ております。

診療情報を取得・活用することにより、適切な医療を行うよう努めています。正確な情報を取得させていただくため、マイナンバーカードの利用にご協力願います。

(全患者様)

医療法人社団弥生会個人情報の利用目的と取扱についての内容を確認し、同意します。
また、利用目的と取扱について同意しがたい項目については、別紙に記載した通り対応願います。

署名（本人）

(代理人、関係)

職員使用欄 (1~2 各選択肢いずれかに○をつける)

[顔認証と目視確認以外の方法で初診時保険確認をした患者様のみ記入]

- 1, マイナンバーカード確認【未確認・障害時 S 使用・災害時 S 使用】



【保険証確認・労災/自賠/自費単独・カードも保険証も持参なし】

- 2, 他院情報提供書持参【あり・なし】(ありの場合、保険証確認でも医療情報コピー省略可。)