初診問診票

ID　　受診日　西暦20　　年　　月　　日

ふりがな
お名前　　生年月日
西暦　　年　　月　　日（満　　歳）

ご住所　〒　　-　　（**〒も記載ください**）　高槻市・島本町・茨木市・　　その他（　　市）

電話番号　（自宅）
（携帯）

緊急時に必要のため
携帯は必ず記載ください

1.　本日はどうされましたか？　身長　　cm　体重　　kg

いつ　　から　どのような症状

2.　これまでに治療あるいは指摘されたことのある病気に〇をつけてください

1.高血圧　2.脂質異常症（コレステロール/中性脂肪高値）　3.糖尿病　4.心臓病（不整脈、狭心症など）　5.腎臓病　6.肝臓病　7.骨粗鬆症　8.気管支喘息　9.アトピー性皮膚炎　10.じんま疹

上記以外の病気はありますか？

ある・ない　病名（　　）左記の治療内容（手術・その他）　いつ（　　歳）

3.　現在服用中のお薬があれば記載ください。たくさんある場合はお薬手帳など提示下さい

ある・ない　　薬名（　　）

4.　血縁関係にあるご家族の方で、以下の病気だと診断された方はいらっしゃいますか？

例）　（肺）がん（父）　　脳卒中（　）・心臓病（　）・高血圧（　）・糖尿病（　）
・脂質異常症（　）・肝臓病（　）・腎臓病（　）　・（　　）がん（　）　・特になし

5.　服用・摂取することを禁止されている薬剤・食物はございますか？

ない・ある　ある場合⇒【　　】

6.　今までにアレルギー（食物、薬剤、花粉など）を指摘されたことはございますか？

ある・ない　ある場合⇒【　　】

7.　過去に感染症を指摘されたことはございますか？

無　MRSA・梅毒・B型肝炎/C型肝炎・その他（　　）←具体的に記載下さい

8.　喫煙、飲酒の習慣はございますか？

飲酒；　無/有（　ビール・焼酎・日本酒・ウイスキー・ワイン　　ml/日）・毎日/機会

喫煙；　無/有　　現在/過去の喫煙　（　　）本/日　（　　）年間

9.　3ヶ月以内に海外旅行に行かれましたか？　ある・ない

10.　当院をどのようにしてお知りになりましたか？

ネット・看板・知人の紹介・チラシ・その他（　　）

11.　女性の方へ　　現在　妊娠中/授乳中/いずれもない

最終月経はいつですか　20　　年　　月　　日　/　閉経　　歳

○マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？

（　はい　・　いいえ　）

○現在、処方されているお薬がありますか？

（　はい　・　いいえ　・　お薬手帳を提出します　）

⇩

薬剤名（　　）　用量（　　）　投薬期間（　　）

薬剤名（　　）　用量（　　）　投薬期間（　　）

薬剤名（　　）　用量（　　）　投薬期間（　　）

（※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近１ヶ月以内のお薬のみお書きください）

○この１年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？

受診時期（　　）　指摘事項（　　）

（※マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です）

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。
◆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）