初めて診療を受けられる方へ　　＜問診票＞　　受診日　　年　　月　　日

お名前	ふりがな	生年月日	年齢
	男　・　女	大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日	歳
ご住所	〒　　－	電話番号	

体温：　　℃
※来院前・来院時の検温にご協力願います。

１、本日はどうされましたか？　その症状はいつからですか？

※他院からの紹介状はお持ちですか？　（　はい　・　いいえ　）

２、過去にかかった病気や入院・手術歴はありますか？　（　はい　・　いいえ　）

病名：

３、現在治療中の病気はありますか？　（　はい　・　いいえ　）

病名：　　治療を受けている医療機関名：

４、普段内服されているお薬やサプリメントがあれば、わかる範囲でご記入ください。

薬：　　サプリメント：

５、お薬や食べ物などのアレルギーはありますか？　（　はい　・　いいえ　）　※“はい”の方は具体的に記入してください。

６、たばこは吸いますか？　（　はい　・　いいえ　）　１日　　本　×　　年間　※禁煙された方もご記入願います。

７、お酒は飲みますか？　（　はい　・　いいえ　）

種類と量：　　(例：ビール大瓶１本を週２－３回、日本酒１合を毎日　など)

８、女性の方にお聞きします。

・妊娠の可能性はありますか？　（　はい　・　いいえ　）　　・授乳中ですか？　（　はい　・　いいえ　）

９、身長・体重を教えてください。　身長：　　ｃｍ　体重：　　ｋｇ

１０、当院を知ったきっかけは何ですか？

当院公式ホームページ　・　インターネット　{google ・ medical doc ・ その他（　　）}　・　駅看板

自宅や職場の近隣　・　ご家族、知人からの紹介（　　）・ その他（　　）

１１、特に医師に知らせておきたいことがありましたらご記入ください。

１２、お薬手帳はお持ちですか？　（　はい　・　いいえ　・　忘れました　）

お薬手帳は必要ですか？　（　はい　・　いいえ　）

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します。

◆医療情報取得加算（初診時）　１点　◆医療 DX 推進体制整備加算　１０～１２点

※マイナンバーカードの利用率に応じて毎月点数が変動します