

ふりがな	
お名前	生年月日 年 月 日 ( 歳)
住所 〒 —	電話番号 (自宅) (携帯)
職場の住所	職場の電話番号

下記の質問にお答え下さい。

① マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)をお持ちですか？

・はい

→本日、診療情報取得に同意されましたか？ ( はい ・ いいえ )

・いいえ

② 当院を受診されたきっかけは？

- |                  |             |          |             |
|------------------|-------------|----------|-------------|
| 1. 知人・医療機関からの紹介( |             | からの紹介)   |             |
| 2. 新聞            | 3. 看板       | 4. 専門情報誌 | 5. 通勤途中     |
| 6. 近所だから         | 7. 当院ホームページ | 8. EPARK | 9. 携帯電話のサイト |
| 10. その他(         |             | )        |             |

③ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

1. あり 薬品名( ) ・ 食品名( )  
 2. なし  
 3. わからない

④ 職種は？

1. 自動車運転                      2. 機械操作    3. 高所作業  
 4. 室外作業                        5. 事務            6. その他( )

⑤ 体質は？

1. 胃弱                                      2. 不眠            3. 便秘症                      4. 下痢症

⑥ 現在、服用されている薬はありますか？(お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい)

\*マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は省略可。

[ ]

⑦ この1年間で健診を受診されましたか？

\*マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、特定健診及び高齢者健診については省略可。

・はい [受診時期 ]  
 [指摘されたこと ]

・いいえ



⑧ 今までに大きな病気をしたことがありますか？

1. あり 2. なし

ありの場合

十二指腸潰瘍 胃潰瘍 肝臓病 心臓病  
緑内障 気管支喘息 糖尿病（肉親で あり・なし）  
高血圧（肉親で あり・なし） 肉親でガン（ 癌）  
手術歴（ 年 月頃 ） 病名：  
病院名：

その他（ ）

⑨ 健康診断などで尿蛋白、尿糖が陽性と言われたことがありますか？

1. あり 2. なし

⑩ 現在、他院にて治療中の病気や、内服中の薬があれば記入して下さい。  
\*マイナンバーカード持参の方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き省略可能。

[ ]

⑪ 下記の（ ）に数字を記入して下さい。

起床（ ）時頃 就寝（ ）時頃  
朝食（ ）時頃 昼食（ ）時頃 夕食（ ）時頃  
酒 1日（ ）合 ビール 1日（ ）本  
タバコ 1日（ ）本 コーヒー 1日（ ）杯

⑫ 女性の方は記入して下さい。

月経は（ 順調・不順）  
最終月経（ 月 日より 日間）  
閉経は（ ）才  
現在妊娠されていますか？（ ）カ月 出産回数（ 回 ）

⑬ 医療費明細書の発行を希望されますか？ 希望する ・ 希望しない

☆当院は、マイナ保険証の利用や問診票を通じて患者様の診療情報を取得・  
質の高い医療の提供に努めている医療機関

活用することにより、（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）です。

☆マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供するため  
マイナ保険証の利用にご協力よろしくお願い致します。

問診票は以上です。  
ご協力ありがとうございました。