さくま泌尿器科

問　診　票

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 生年月日　　　　　 年　　　　月　　　 日 |
| お名前 | 年齢　　　　　　　　　　　歳 |
| 〒　　　　　ご住所　 |
| 電話番号　　　　　―　　　　　―　　　　 | 緊急連絡先　　　　―　　　　　― |

〇　マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？　　□はい　　　　□いいえ

〇　他の医療機関からの紹介状を持っていますか？　　□はい　　　□いいえ

〇　本日受診した症状についてお書きください。

〇　現在、他の医療機関に通院していますか？

□はい・・・医療機関名、受診日、治療内容　等をお書きください。

　　□いいえ

〇　現在、処方されている薬はありますか？　　□はい　　　□いいえ

〇　これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

□ある・・・病名、時期、医療機関名、治療内容　等をお書きください。

□ない

〇　この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

　□受診した

□受診していない

〇　これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

　　 □ある・・・薬名や食品名：

□ない

〇　女性の方のみ　・・・・□妊娠中　　　□妊娠の可能性　　　□授乳中　　　　□いずれでもない

〇　診療にあたり、特別な要望があればお書きください。

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）