

ID \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_℃

職場でのやけど、けがの場合は必ず受付にお申し出ください。

### 【問診票】

順番予約制のため、後から受付に来た患者様が先に診察に呼ばれる場合があります。

名前	ふりがな	性別	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
		男・女		年齢			
住所	〒 - (郵便番号の記入をお願いします。)	都・道 府・県	電話番号	自宅	-	-	
				携帯	-	-	

体重 kg (←患者様がお子様の場合は必ず記入ください。)

● 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

はい・いいえ 紹介状をお持ちの方は受付に提出してください。

● 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

● 本日受診した症状について

● 該当するものに○印を付けてください。【1回の診察につきご相談は2件まででお願いします。】

かゆい・痛い・ポツポツができた・赤くなった・腫れた・しこりがある・じくじくする・ホクロ・シミ・抜け毛  
その他 (具体的にお書きください)

● その症状の出ている場所はどこですか？ (顔・背中・全身などをお書きください)

● その症状はいつ頃からありましたか？

( ) 日前から ( ) 週間前から ( ) か月前から ( ) 年前から

● その症状に関して他の医療機関で治療を受けましたか？

はい・いいえ はいの場合、病院名：

処方された薬：

● 現在治療中の (皮膚以外の) 病気はありますか？ はい・いいえ

病名： 病院名：

現在処方されている薬：

● 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？

はい・いいえ

はいの場合、具体的に原因と症状：

● 現在、妊娠中または授乳中ですか？ (女性のみ)

はい・いいえ

はいの場合、妊娠週数： 乳児の月齢：

● 嗜好品について

タバコは吸いますか？ はい・いいえ はいの場合、1日 ( ) 本

アルコールは飲みますか？ はい・いいえ はいの場合、1日に飲む量：

● この1年で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？

はい・いいえ はいの場合、指摘事項：

医療DX推進体制整備加算として、初診時に8点が加算されます。

医療情報取得加算として、初診時に加算1 (マイナ保険証を利用しない場合3点) または加算2 (マイナ保険証を利用時または他の医療機関から診療情報の提供を受けた場合1点)、再診時に加算3 (マイナ保険証を利用しない場合2点) または加算4 (マイナ保険証利用時または他の医療機関から診療情報の提供を受けた場合1点) が加算されます。