

内科 問診票

ID 番号:

20 年 月 日

名前:

- ・ 今日はどうされましたか？

()

- ・ 現在、他の医療機関での通院はありますか？

はい / いいえ

はいと答えた方は以下の質問にお答え下さい

医療機関名:

病 名:

処方薬剤:

紹介状: あり / なし

- ・ 今までにかかった病気や手術などがあれば教えてください

()

- ・ 薬や食べ物のアレルギー あり () / なし

- ・ 喫煙 あり (本/日) / なし

- ・ 飲酒 あり (ml/日) / なし

- ・ 妊娠の可能性 あり / なし

- ・ 1年以内に健康診断（特定健診または高齢者健診）を受けられましたか？

はい / いいえ

- ・ その他、何かあればご記入ください

()

- ・ マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

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おります。
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）

ご協力ありがとうございました。



整形外科・内科・リハビリテーション科・スポーツ整形

よしおかクリニック 副院長：吉岡美香