

内科 問診票

ID 番号:

20 年 月 日

ふりがな

お名前:

・ 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

()

・ マイナンバー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、マイナンバー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》（マイナンバー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