

問 診 票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
住所	(〒 -)		
電話番号 (自宅/携帯)		緊急時 携帯番号	名前 () 続柄 ()

- ・他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ (はい ・ いいえ)
- ・今日はどのような症状ですか？また、いつ頃からの症状ですか？
()
- ・現在、他の医療機関に通院していますか？ (はい ・ いいえ)
医療機関名、受診日、治療内容等 ()
- ・現在、処方されている薬がありますか？ (はい ・ いいえ)
薬剤名、用量、投薬期間等 ()
- ・この1年に特定検診または高齢者健診を受診されましたか？ (はい ・ いいえ)
- ・定期的に人間ドックやがん検診にかかっていますか？ (はい ・ いいえ)
- ・入院や手術を要する大きな病気にかかったことがありますか？ (はい ・ いいえ)
病名、時期、医療機関名、治療内容等 ()
- ・ご家族に当てはまる病気があれば、○してください (糖尿病・高血圧・脳卒中・狭心症・腎不全)
- ・タバコを吸う方は、1日に何本吸いますか？ (本) 何年吸っていますか？ (年)
- ・禁煙された方は、何歳で禁煙されましたか？ (歳)
- ・アルコールを飲む方は、1日の種類と量を教えてください ()
- ・休肝日はありますか？ (はい ・ いいえ) (週 日)
- ・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)
原因となったもの、症状等 ()
- ・現在、妊娠中又は授乳中ですか？(女性のみ) (はい ・ いいえ)
妊娠週数等 ()
- ・マイナ保険証を利用される場合、診療情報取得に同意されますか？ (はい ・ いいえ)
(裏面に、当院のマイナ保険証利用に関する指針を記載しております)

佐田クリニックは「オンライン資格確認」の導入医療機関です。

オンライン資格確認とは、健康保険証や健康保険証と紐づけされたマイナンバーカード（マイナ保険証）を使用して、医療機関に設置された専用端末より、オンラインで保険証の資格情報を確認することができる制度です。

また、マイナ保険証を利用していただくと、他の医療機関で処方された薬剤情報や特定検診の情報をオンラインで確認することも可能です。

当院はマイナ保険証の利用や問診表などを通じて患者さんの診療情報を取得し、活用することで質の高い医療の提供に努めています。より正確な情報を取得、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。