

循環器内科 問診票

診療日
令和 年 月 日

医師確認欄

氏名() 年齢() 男・女

生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日

身長()cm、体重()kg、体温()℃ 脈拍()回/分 血圧 / mmHg

- マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？
 同意した 同意していない マイナ保険証を利用していない
- 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？
 持っている 持っていない
- 健康診断や人間ドックを毎年受けていますか？
 受けている 受けていない

4. いつから具合が悪いですか？

頃から

5. どのように具合が悪いですか？

6. 今までに病気やケガで治療したことがありますか？(現在も含め、当院に限らず他院も)

例: 40歳頃、高血圧で共立湊病院に通院

なし・あり ()

7. 現在、治療中の方は飲んでいる薬を書いてください お薬手帳を見せて下さい。

なし・あり()

8. アレルギーを指摘されたことはありますか？

なし・あり()

9. 飲酒 ⇒ 全く飲んだことがない・以前に飲んでいた・現在飲んでいる

飲む場合(以前に飲んでいた) _____才 ~ 現在
_____才 ~ _____才まで

10. 喫煙 ⇒ 全く吸ったことがない・以前に吸っていた・現在吸っている

吸っている場合(以前に吸っていた) _____才 ~ 現在
_____才 ~ _____才まで

11. 家族歴

例: 父親が高血圧、祖父母が糖尿病。等

なし・あり ()

12. 万が一、悪性腫瘍の場合、ご本人への告知を希望されますか？ はい・いいえ

13. 女性の方のみお答え下さい。妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ

「はい」の方 → 妊娠週数 _____週 _____日

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)