

外科問診票

【名前】 記入日； 年 月 日

- 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

- 他の医療機関からの紹介状はありますか

はい いいえ

- 1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要です

はい（受診時期：____年____月 指摘事項：_____）

いいえ

1. 本日は、どうされましたか？（いつから、どこを、どうされましたか？）

2. 定期的に診察を受けている疾患はありますか？ どちらの医療機関にかかっていますか？

ない ある（_____）

3. いつも服用されているお薬はありますか？

ない ある（内容：_____）

4. 血がとまりにくくなる薬を服用されていますか？（バイアスピリン・ワーファリン・プラビックスなど）

ない ある（内容：_____）

5. 今までに入院したことや、手術をうけられたことはありますか？ また何才ごろですか？

ない ある（_____）

6. アレルギーはありますか？（薬・注射・食べ物（果物含む）・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど）

ない ある（_____）

7. 最近の身体状況や生活習慣についてお尋ねします。

① 体重（変わらない・減った・増えた）

② 便通（ふつう・便秘・下痢） 1日____回、または____日に1回

③ タバコ 吸わない・吸う 1日____本 ____年間 やめた____年前

④ アルコール 飲まない 飲む ① 種類（_____）を

② 毎日・週に数回・月に数回・付き合い程度 で

③ 量は、_____ぐらい

→裏面もあります

8. ご家族（血縁）に下記の病気や、またそのため亡くなった方がおられますか？

ない ある （ → ある場合は下記の欄に○をしてください。 ）

ガン [肺 胃 肝臓 乳 子宮 その他 ()]
高血圧 心臓病 結核 糖尿病 脳卒中 肝臓病

9. 女性の方のみご記入ください。

- ① 生理はありますか （ 順調 不順 閉経 ）
- ② 現在、妊娠の可能性はありますか （ある ない わからない） 最終月経 月 日
- ③ 現在、授乳中 （ はい :産後 年 か月）
- ④ 現在 ピル・女性ホルモンを服用されていますか（はい：内容 ）

10. 社会資源（訪問看護・通所リハビリ・短期入院サービス・デイサービス・ヘルパーなど）の利用がある場合

利用： ない ある （利用内容： ）

在宅療養手帳： ない ある

介護認定度：（要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ）

ケアマネージャー（ ） 施設（ ） かかりつけ医（ ）

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致します。

◆医療情報取得加算（初診時）1点
（再診時）1点（3月に1回に限り算定）