

# 消化器内科 問診票

お名前 ( ) 歳 20 年 月 日

身長 ( cm )、体重 ( kg )、来院時の体温 ( °C )

住所に変更のある方は、記入してください。

〒

1. いつから、どこが、どのように具合が悪いですか？

2. アレルギーはありますか？

( ない・ある →薬( )、食べ物( )、その他( ) )

3. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

( ない・ある )( 病名： )、手術 ( ない・ある )  
( 時期： )、入院 ( ない・ある )

4. 現在治療中の病気がありますか？

( ない・ある )( 病 名： )  
( 病院名： )

5. 現在使用している薬はありますか？

( ない・ある →薬名： )

6. たばこは吸いますか？

吸わない ・ 以前吸っていた ( 歳 ) ・ 吸う ( 1日 本位 )

7. 同居のご家族でタバコを吸っている方はいますか？ ( いる ・ いない )

8. お酒は飲みますか？ ( 飲まない ・ 時々飲む ・ 毎日飲む ) ( どのくらい )

9. 癌など悪性疾患と診断された場合、告知を希望されますか？ ( はい ・ いいえ )

10. 治療上、どうしても輸血が必要な場合、同意されますか？ ( はい ・ いいえ )

11. 輸血をした事がありますか？ ( はい ・ いいえ )

12. 妊娠の可能性はありますか？

( ある・ない )( 最終月経：20 年 月 日 ) ( 閉経： 歳 )

13. 現在授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )

14. 特に医師に知らせたい事がありましたらご記入ください

## マイナ保険証利用に関する問診

- マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)をお持ちですか？  
( はい・いいえ)  
はいの場合→診療情報取得に同意いただけますか？ ( はい・いいえ)
- 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ ( いいえ・はい)
- この1年間で特定健診や高齢者健診を受診しましたか？  
( はい・いいえ)  
はいの場合→(受診時期:20 年 月頃)

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します。

厚生労働省の規定により、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定をさせていただきます。

### 初診時

健康保険証を提示した場合・・・4点(加算1)

マイナンバーカードを利用した場合・・・2点(加算2)

※ 各種公費受給者証はマイナンバーカードでは確認できませんので、ご提示をお願いします。