

内科 原医院 問診票  
小児科

記入年月日 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女		
お名前		生年月日	年 月 日 ( 歳)		
		身長	cm	体重	kg
住所	〒				
電話		携帯電話			
他院からの紹介状	有 ・ 無	マイナンバーカード（マイ保険証）による診療情報取得の同意（保険証持参の方は無に○です。）			有 ・ 無

① 今日どのような症状で受診されましたか？

( )

② その症状はいつからどのような様子ですか？

( )

③ 現在、他の医療機関に通院されていますか？

はい→ ( 医療機関名： ) ・ いいえ

はいの方は、受診日及び治療内容等をご記入ください。

( )

④ 現在処方されているお薬はありますか？（マイナ保険証による情報取得に同意した方は省略可）

はい ・ いいえ

はいの方は、薬剤名、用量、投薬期間等をご記入下さい。

( )

⑤ これまでに入院や手術を要する病気等の大きな病気にかかったことはありますか？

はい ・ いいえ

はいの方は、病名、時期、医療機関名、治療内容等をご記入下さい。

( )

⑥ この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？（マイナ保険証による情報取得に同意した方は省略可）

はい→ (受診時期、指摘事項： ) ・ いいえ

⑦ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい→ (原因・症状： ) ・ いいえ

⑧ 女性の方にお伺いします。

妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？

あり ( 妊娠 週目 ) ・ なし

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・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点(\*6点) 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（再診時）加算3 \*2点

\*は、R5年4～12月までの経過措置による点数です。