

問 診 票

お名前	ふりがな	生年月日	西暦
			年 月 日 () 歳
ご住所	〒	お電話番号 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	
	ー		

1. 精神科・心療内科にかかったことはありますか？

☐ ある ☐ ない

2. 現在お困りの症状について教えてください

()

3. 症状はいつ頃からありますか

年 月頃から、あるいは 歳頃

4. 現在治療中もしくは過去に治療していた病気があれば教えてください

()

5. アレルギーはありますか

薬 ☐ はい () ☐ いいえ
食べ物 ☐ はい () ☐ いいえ
症状 ()

6. 女性の方のみご回答ください

現在妊娠している、もしくはその可能性がありますか

☐ はい ☐ いいえ

現在授乳中ですか

☐ はい ☐ いいえ

7. 当院で治療するにあたって、希望することがあればここに記入してください

例) 診断書が欲しい、薬は最小限がいいなど

()

マイナ保険証使用のご協力をお願いいたします。

以下、マイナ保険証を使用しましたらチェックをお願いします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意 ☐ する ☐ しない

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。

上記の体制により、医療情報取得加算（再診時は3ヶ月に1度）1点を算定いたします。

問診は以上になります。ご回答誠にありがとうございました。