岩本クリニック　問診票

お名前		年齢	歳	体温	度
生年月日	年　　月　　日	性別	男 ・ 女	体重	kg
住所	〒　　-		携帯電話		
			自宅電話		

◆　本日はどうされましたか？（具合の悪いところをご記入ください）

◆　いつからですか？

◆　現在治療中の病期、または過去にかかった病気や、受けた手術はありますか？

☐　ない

☐　ある　　⇒　☐　高血圧　　☐　糖尿病

☐　腎臓病（病名：　　）　☐　心臓疾患

☐　がん（部位：　　）　☐脳梗塞/脳出血

☐その他・手術など（　　）

◆　現在飲んでいるお薬はありますか？

☐　ない

☐　ある　　⇒　☐　処方されている医療機関を教えてくだい（　　）

☐　お薬手帳をお持ちでない方は、内容をわかる範囲でご記入ください

（薬剤名：　　）

◆　薬や食べ物にアレルギーはありますか？

☐　ない

☐　ある　（　　）

◆　たばこは吸いますか？

☐　吸わない　　☐　過去に吸っていた

☐　吸う　（１日　　本、　約　　年間）

◆　アルコールは飲みますか？

☐　飲まない　　☐　過去に飲んでいた

☐　飲む　（種類：　　、１回　　杯、☐毎日　☐週１回以上　☐月１回以上）

◆　女性の方にお尋ねします：妊娠している可能性はありますか？

☐　いいえ　　☐　はい

◆　本日は、下記のいずれをご持参されましたか？

☐　健康保険証　　☐　マイナンバーカードの保険証（マイナ保険証）

◆　マイナ保険証での受診の方にお尋ねします

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されますか？

☐　同意する　　☐　同意しない

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、加算２：２点（マイナ保険証を利用した場合）