

ますだ内科クリニック・問診票

カルテNo. _____

フリガナ
氏名

生年月日（西暦）

年 月 日

住所〒

電話（携帯）連絡先

緊急連絡先

（続柄： _____）

マイナ保険証による診療情報取得について

同意する・同意しない

◆ 医療情報取得加算に関するお知らせ

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じ患者の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。国の定めた診療報酬算定要件に従い以下の点数を算定いたします

【マイナ保険証を利用しない場合】【マイナ保険証を利用しても診療情報提供に同意されない場合】

医療情報取得加算 1 初診時 3 点（月 1 回に限る） 医療情報取得加算 3 再診時 2 点（3 ヶ月に 1 回限り算定）

【マイナ保険証で診療情報提供に同意された場合】【他院からの紹介状をお持ちの場合】

医療情報取得加算 2 初診時 1 点（月 1 回に限る） 医療情報取得加算 4 再診時 1 点（3 ヶ月に 1 回限り算定）

【1】今日はどうかさいましたか

- <かぜ症状> ・熱がある ・喉が痛い ・鼻水 ・咳 ・痰 ・その他（ _____ ）
 ・身近に感染症（インフルエンザ・コロナ・溶連菌・その他 _____ ）の方はいましたか（はい・いいえ）
 <呼吸の症状> ・息苦しい ・息切れ ・ぜいぜいする ・胸の圧迫感
 <その他>（症状： _____ ）

【2】症状はいつからですか（ _____ 頃から）

【3】今までにかかった、病気や手術歴を教えてください

- 高血圧 ・脂質異常 ・糖尿病 ・喘息 ・花粉症 ・アレルギー性鼻炎
 肝臓病 ・腎臓病 ・脳卒中 ・狭心症/心筋梗塞 ・緑内障 ・前立腺肥大
 その他（ _____ ）
 受けた手術（ _____ ）

【4】薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか（ はい ・ いいえ ）

→ はいの場合（薬の名前： _____ 食べ物： _____ ）

【5】現在、他の医療機関に通院していますか（ はい ・ いいえ ）

はい→（医療機関名： _____ 受診日： _____ 治療内容： _____ ）

現在処方されている薬はありますか（ はい ・ いいえ ）

※お薬手帳などお持ちの方はお見せください

【6】この1年間で健診を受けましたか（ はい ・ いいえ ）

はい→（受診時期： _____ 指摘事項あれば内容： _____ ）

【7】生活歴を教えてください

- 結婚歴：（未婚 ・ 既婚 ・ 死別 ・ その他 _____ ） ・同居の方（あり ・ なし）
 職歴等： 在職中（職業 _____ ） ・ 無職 ・ 学生 ・ その他（ _____ ）

【8】たばこは吸いますか

- 吸わない ・ 吸う（ 1 日 _____ 本位 _____ 歳から）
 過去に吸っていた（ 1 日 _____ 本位 _____ 歳から _____ 歳まで）

【9】お酒は飲みますか ・ 飲まない ・ 飲む（1回に _____ を、 _____ mL位）（1週間に _____ 回位）

【10】身長・体重を教えてください（ _____ ）cm（ _____ ）kg

【11】その他

（女性の方のみ）現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）