

【 問診票 】

ID ( )

記入日：西暦 20 ( 令和 ) 年 月 日

ふりがな		男	女
氏名			
生年月日	西暦 ( )年 ( )月 ( )日 ( )才		
生年月日	昭和 ( )年 平成 ( )年 令和 ( )年		
住所 〒			
電話番号	携帯番号		

吉岡クリニックにかかれた事はありますか？ はい いいえ

本日はどうされましたか？ いつ頃から？  
( )

今までかかった病気は？  
( )

現在治療中の病気は？ お薬は？  
( )  
( )

薬や食べ物のアレルギーは？  
( )

採血などで気分が悪くなった事は？ はい いいえ

現在 妊娠は？ はい いいえ 、 授乳は？ はい いいえ

お酒？ ( ) タバコ？ ( )

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ はい いいえ

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お願いいたします。

◆ 医療情報・システム基盤制度体制充実加算(初診時)加算 4点 → 2点になります。