

広南病院 外来問診票

受診日 20 年 月 日

フリガナ

氏名 様 (歳) 男/女 体温 ℃

■ 具合の悪いところを記入してください(紹介状がある方は、省略して構いません)

いつから

どこがどのように

■ 今回の症状で、他の病院・クリニックを受診しましたか

いいえ

はい (病院名 診断名) 年 月 日 受診

紹介状持参 あり なし

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックしてください。

高血圧 糖尿病 心臓病 不整脈 緑内障 脳疾患(脳梗塞・脳出血・慢性硬膜下血腫など)

その他(病名)

■ 現在、通院している病院・クリニックはありますか

なし あり 病院名 内容

■ 現在、飲んでいる薬はありますか

なし あり (お薬手帳がある方はご提示ください)

■ 今までに手術、入院はしたことはありますか (体内金属がある場合、分かる範囲で記載してください)

なし あり 病名・手術名等

■ アレルギーはありますか(金属・薬・食品など)

なし あり ()

■ たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた (1日 本、約 年間)

■ アルコール 飲まない 飲む (種類: 、1回 杯、毎日 時々 月2~3回)

■ この1年で健診を受けていますか

いいえ はい(年 月頃)

■ 現在妊娠中、授乳中ですか(女性のみ) いいえ はい

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。

◆ 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 (マイナ保険証を利用しない場合)

加算2：2点 (マイナ保険証を利用した場合)