

問診票 -2

おなまえ _____ (_____ 才)

1) マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

(・はい ・いいえ)

2) 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

(・はい ・いいえ)

3) 現在、処方されている薬はありますか？

- ・ ない
- ・ ある

※お薬手帳をお持ちの方もしくは 1)で「はい」と答えた方は、下記への記入は不要です。

薬剤名 _____

用量 _____

投薬期間 _____

4) この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

- ・ いいえ
- ・ はい

※1)で「はい」と答えた方は、下記への記入は不要です。

受診時期 _____

指摘事項 _____

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。

受 診 者 氏 名	性 別	生 年 月 日
フリガナ	男・女	年 月 日
住 所 〒	自宅電話	
	携帯電話 (本人)	
	携帯電話 (本人以外)	名前 続柄