

マイナンバーカードの健康保険証利用（マイナ保険証）に関する問診票

日付： 年 月 日

ふりがな
お名前： _____

性別：男・女

年齢 _____ 才 （生年月日： 年 月 日）

ご住所：

自宅電話番号（ - - ） 携帯電話（ - - ）

当院では、マイナ保険証を通じた患者様の診療情報を取得・活用して、質の高い医療の提供に心がけております。正確な情報の取得・活用のためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

1. マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか？ 【はい、いいえ】
2. 他の医療機関からの紹介状は持っておられますか？ 【はい、いいえ】
3. この1年間で特定健診（メタボ健診）または自治体健診を受診しましたか？ 【はい、いいえ】
「はい」とお答えの方、受診時期、指摘されたことをお教えてください。

以下の項目は、通常の間診票にお答えいただければ記載は不要です。

4. 現在、他の医療機関に通院しておられますか？ 【はい、いいえ】
「はい」とお答えの方、医療機関、受診開始日、治療内容をお教えてください。（お薬手帳をご持参でしたらご提示ください。）
5. これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ 【はい、いいえ】
「はい」とお答えの方、病名、時期、医療機関名、治療内容をお教えてください。
6. これまでに食べ物や薬でアレルギーを起こしたことがありますか？ 【はい、いいえ】
「はい」お答えの方、発症時期、原因となったもの、症状について教えてください。
7. （女性の方のみにかがいます）現在妊娠中、または授乳中ですか？ 【はい、いいえ】
「はい」とお答えの方、
妊娠中の場合妊娠何週目ですか？：
妊娠高血圧などの合併症で治療中ですか？：【はい、いいえ】

～ご協力ありがとうございました。記入されましたら受付までお返しく下さい。～