



# 天満病院 問診票

ID

## ★オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について★

当院では患者様へ適切な医療提供を目的にオンライン資格確認システムを導入しております。

医療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

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。

又、当院は医療情報取得加算の算定医療機関となっております。

令和 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日： 大正・昭和・平成・令和
氏名	男・女	年 月 日 ( 歳)
郵便番号 〒 -		
住所		
電話番号 自宅 ( ) -		
携帯番号 ( ) -		
1. 本日希望される診療科はなに科ですか。 内科 ・ 糖尿病内科 ・ 消化器内科 ・ 整形外科 ・ 皮膚科		
2. 今日はどうされましたか？（症状の内容・発症時期・経過などを記入してください）		
3. 現在、治療中の病気がありますか？又、これまでに入院や手術を要する大きな病気にかかったことはありますか。		
4. 発症原因に心当たりはありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 交通事故（自転車事故を含む） <input type="checkbox"/> 工作中や通勤中の怪我（パート・アルバイトを含む） <input type="checkbox"/> 学校通学中・学校内での怪我 <input type="checkbox"/> スポーツ中		
5. 現在、服用している薬がありましたら薬名を記入してください。 ※手帳がある場合は記載不要、お薬手帳の提示をお願いします。		

裏面へお進みください

<p>6. この一年間で特定健診・高齢者検診を受診しましたか。(受診時期・指摘事項など) ※マイナ保険証による情報取得に同意する場合は記載不要</p>
<p>7. 薬や食べ物によってアレルギー症状がでたことはありますか？ ( はい ・ いいえ ) ⇒はいと答えた方 どのような薬や食べ物で症状がでましたか？ ( )</p>
<p>8. 煙草を吸われますか？ ( はい ・ いいえ ) ⇒はいと答えた方 喫煙暦 ( ) 年 1日 ( ) 本くらい ⇒以前は喫煙していた ( ) 年間 1日 ( ) 本くらい</p>
<p>9. お酒を飲まれますか？ ( はい ・ いいえ ) ⇒はい、と答えた方 飲酒暦 ( ) 年 1日 ( ) くらい ⇒以前は飲酒していた ( ) 年間 1日 ( ) くらい</p>
<p>10. 【女性の方】現在、妊娠していますか？ ( はい ・ いいえ )</p>
<p>11. 介護保険で介護・支援の区分をお持ちの方は、該当する番号に丸を付けてください。 要支援 ( 1 ・ 2 ) 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )</p>
<p>12. 医師に相談したいことがあれば、ご記入ください。</p>
<p>13. どこで天満病院を知りましたか？ ホームページ・徳島新聞記事・看板を見て・かわら版・健診 ( ) チラシ・知人からの紹介・他病院からの紹介・口コミ・その他 ( )</p>
<p>14. 今後、ご自宅へお知らせ等の送付をおこなってもよろしいでしょうか。 ( はい ・ いいえ )</p>
<p>15. コロナワクチンについて <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> ( ) 回目接種済み</p>
<p>16. 1週間以内にコロナ・インフル・その他(アデノ等)の方と濃厚接触はありましたか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 家族 ・ 職場 ・ 学校 )</p>
<p>17. コロナ・インフルの検査を希望されますか。 ※公費適応外 <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません</p>

ご記入いただきました個人情報、診療及び病院運営目的以外には使用いたしません。  
～入院と介護のことは、地域連携室までご相談ください。ご協力有難うございました。～