当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報取得加算の算定医療機関）です。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。

厚生連高岡病院外来共通問診票

お名前（　　）

問１．当院の「マイナ受付」にてマイナンバーカードによる診療情報取得に同意されましたか？
　□いいえ　→受診される前までにマイナ受付にて認証をお願いします　　□はい

問２．他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？
　□いいえ　　□はい

問３．当病院以外に、通院中の医療機関があればご記入ください
　医療機関名（　　）治療内容（　　）最終受診日（　　）
　医療機関名（　　）治療内容（　　）最終受診日（　　）

問４．ご本人やご親族の内科的な病気についてご記入ください

	ご本人	親兄弟　　例〔父　　）
高血圧	□なし　□治療中　□治療した（　　）歳	□なし□あり（　　）
高脂血症	□なし　□治療中　□治療した（　　）歳	□なし□あり（　　）
脳卒中	□なし　□治療中　□治療した（　　）歳	□なし□あり（　　）
心臓病	□なし　□治療中　□治療した（　　）歳	□なし□あり（　　）
胃腸病	□なし　□治療中　□治療した（　　）歳	□なし□あり（　　）
肝臓病	□なし　□治療中　□治療した（　　）歳	□なし□あり（　　）
糖尿病	□なし　□治療中　□治療した（　　）歳	□なし□あり（　　）
腎臓病	□なし　□治療中　□治療した（　　）歳	□なし□あり（　　）
精神病	□なし　□治療中　□治療した（　　）歳	□なし□あり（　　）
結核	□なし　□治療中　□治療した（　　）歳	□なし□あり（　　）
癌など	□なし　□治療中　□治療した (　　)癌（　　)歳、(　　)癌（　　)歳	□なし□あり（父：胃　　） (　：　　)(　：　　)
その他（　　） （　　）	□治療中 □治療した（　　)歳 □治療中 □治療した（　　)歳	□なし□あり（　　） □なし□あり（　　）

うらに続きます

お名前（　　）

問 5．これまでに大きな病気にかかったことはありますか？（入院や手術を要する病気等）

□いいえ

□はい

病名（　　）時期（　　）医療機関（　　）治療・手術内容（　　）

病名（　　）時期（　　）医療機関（　　）治療・手術内容（　　）

問 6．この 1 年間で健診を受診されましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意いただいた方は特定健診及び高齢者検診については省略可です）

□いいえ

□はい　受診時期（　　）指摘されたこと（　　）

問 7．アレルギーがありますか？

□いいえ　　□わからない

□はい；□花粉症　□アトピー　□ぜんそく

上記以外：□飲み薬　□注射　□造影剤　□食品　□その他（　　）

その時の症状：□発疹　□吐き気　□呼吸困難　□その他（　　）