

入院申込用紙・問診票

年 月 日

患者様	住所	□□□□□□				
	氏名	フリガナ	男・女	生年 月 日	大・昭・平 年 月 日 (満 歳)	
申込者	住所	□□□□□□				
	氏名	フリガナ	続柄	TEL	自宅 携帯	

【1】 マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか < はい・いいえ >

◆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 加算2 : 2点(マイナ保険証を利用した場合)

【2】 今一番お困りのことは何ですか？ _____

【3】 いつから、どのように具合が悪くなりましたか？症状が出るきっかけはありますか

_____ 年 月頃より、

【4】 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 >

【5】 他の医療機関へかかっていますか？ 病院・診療所 (通院・往診・入院)
(いつから、治療内容など)

【6】 アレルギー(薬品または食品名、症状) _____

【7】 処方薬 (薬剤名、用量、投薬期間 等) _____

※注1 マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可

【8】 今までに入院や通院をしたことがありますか？(大きなけが、病気を含む)

いつ頃 どのような病気やけが 治療内容(手術、服薬のみ等) 医療機関名

(入院・通院)

_____ 病院・診療所

(入院・通院)

_____ 病院・診療所

(入院・通院)

_____ 病院・診療所

【9】 (女性の方のみ) < 妊娠中・授乳中 > < 妊娠 週 >

【10】 この1年間で健診(特定健診および高齢者健診に限る)を受診しま < はい・いいえ >

(受診時期、指摘事項など) ※注2 マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記載を省略可

裏面もご記入ください。

■ 今までのご生活歴について お聞きします。

【12】 ご出身地はどちらですか？ _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村

【13】 ごきょうだいを上から順にご記入ください。ご健在の方に○をつけてください。

(記入例: 兄・本人 弟・妹)

【14】 今までのご職業についてお答えください。

現在の職業 _____ ()歳から
以前の職業 _____ ()歳から()歳
_____ ()歳から()歳
_____ ()歳から()歳
最終学歴 _____ 卒業 ・ 中退

【15】 ご結婚歴についてお答えください。

現在: 独身 ・ 既婚 今までに: 離婚 (回 / 再婚 / 死別)

結婚時期: 昭和 / 平成 / 令和 年 月 (歳のとき)

【16】 お子様はいらっしゃいますか？上から順に性別をご記入ください。

【17】 嗜好について お答えください。

たばこ 吸わない ・ 吸う (本 / 1日 歳から 歳まで)

お酒 飲まない ・ 飲む (杯 / 1日 歳から 歳まで)

【18】 ご趣味についてお答えください _____

【19】 どのような性格ですか？ _____

■ 以下は、対象の方のみ ご回答ください。

【21】 介護保険は申請されていますか？ (はい ・ いいえ 要支援() 要介護()

【22】 利用中の介護サービスはありますか？ デイサービス ショートステイ
 訪問看護 訪問介護 その他()

【23】 担当ケアマネージャーについて お答えください。 _____

★ ご回答ありがとうございました。