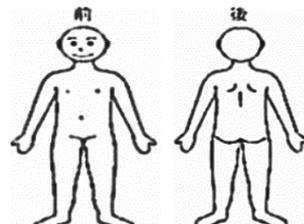


※ 問診票でお聞きすることは、治療を実施する上であなたの身体への影響を考えるととても重要な情報となりますので、同意の上ご記入下さい。特に女性の方は、妊娠の有無は治療や検査に変更が出ますので気になることはご相談下さい。

問 診 票

ご記入日： 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和
氏名			年 月 日 (歳)
性別	男 ・ 女	身長/体重	cm / kg
記入者サイン	(続柄:)	今日の熱	°C

1. どのような症状でお困りですか また、その症状はいつ頃からですか	※具合の悪い箇所を記入してください		
	()頃から		
2. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか	はい ・ いいえ	渡航歴: _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日	国名: _____
3. 同じ症状で他院を受診されましたか また、紹介状はありますか	他院受診: あり ・ なし	紹介状: あり ・ なし	
4. 今までに病気で治療を受けたことがありますか(入院・手術)	はい ・ いいえ	病名: _____ 時期: _____年前	病名: _____ 時期: _____年前
5. 現在、治療中の病気はありますか ある場合は病名をご記入ください (例: 高血圧・心疾患・糖尿病など)	はい ・ いいえ	病名: _____	
6. 現在、飲んでいる薬はありますか	はい ・ いいえ	薬品名: _____	
7. アレルギーはありますか ある場合はご記入ください (例: 造影剤・アルコール綿・卵・そば・ピーナッツ・牛乳・その他、食べ物や薬で発疹が出たことがある)	はい ・ いいえ ・ わからない	薬品名: _____	食べ物: _____ その他: _____
8. 信仰による食事や医療の制限はありますか	はい ・ いいえ	制限項目: _____	
9. 該当する項目に○を付けてください また、他に伝えたいことがあればご記入ください	杖歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ・ シルバーカー [目(視力) ・ 耳(聴力) ・ 口(会話) ・ 手 ・ 足] が不自由 その他()		
10. 女性の方へ 妊娠していますか、その可能性はありますか 現在、授乳中ですか	はい(月) ・ いいえ	・ わからない(最終月経 月 日より 日間)	
	はい ・ いいえ		

【保険証機能付きマイナンバーカード利用同意書】 ※説明は裏面をご覧ください。	保険証機能付きマイナンバーカードをお持ちの方のみご回答ください	
	<input type="checkbox"/> 同意します	<input type="checkbox"/> 同意しません

確認医師サイン _____

2022年10月 戸田中央総合病院

医療機関でマイナンバーカードを提示するとできること

保険証利用

月に1回提示
(同意不要)

※保険証が変更となる場合は
必ずお声掛けください。

従来通り保険者への異動届が必須です。

保険者の手続き次第で保険証として
ご利用いただけない場合があります。

保険者での手続き完了後であれば
保険証の到着を待たずに保険証として
ご利用いただけます。

確実な
本人確認

急な入院でも
面倒な書類申請が不要で
限度額までの支払いに抑えられる

限度額認定証利用

※申請不要になります

適時提示
(同意必須)

氏名 ○○○ ○○○○
住所 ○○県○○市○○町○丁目○番○○号
性別 女
昭和○○年○月○日生 ○○年○月○日まで有効
○○市長 市長 年月日
01234567890123456 0123
署名年月日 年月日 署名



特定健診情報の提供

受診時毎回提示
(同意必須)

薬剤情報の提供

受診時毎回提示
(同意必須)



縦向き

質の高い医療の提供につながる

【保険証機能付きマイナンバーカード利用について】

当院では保険証機能付きマイナンバーカード(以下マイナ保険証)をご利用いただけます。
マイナ保険証を使用した場合は以下の2点の情報を病院が使用する事が出来ます。

1. 保険証の番号等の情報確認(従来の保険証と同様の利用方法です)
2. 患者さまのお薬情報や特定健康診断の結果の確認

お薬情報や特定健康診断の結果に関しては同意をいただければ
診察時に医師の判断で必要な患者さま情報を確認させていただき
正確な情報を取得・活用し質の高い医療の提供に努めています。

※同意いただけない場合は従来の保険証機能のみを使用させていただきます。