

# 問 診 票

		受診日		
		年 月 日		
お名前	ふりがな	生年月日	西暦	年 月 日
				( ) 歳
ご住所	〒	お電話番号		
	—		<input type="checkbox"/> 自宅	
		<input type="checkbox"/> 携帯		

1. 精神科・心療内科にかかったことはありますか？

ある  ない

2. 現在お困りの症状について教えてください

( )

3. 症状はいつ頃からありますか

年 月頃から、あるいは 歳頃

4. 現在治療中もしくは過去に治療していた病気があれば教えてください

( )

5. アレルギーはありますか

薬  はい ( )  いいえ  
食べ物  はい ( )  いいえ  
症状 ( )

6. 女性の方のみご回答ください

現在妊娠している、もしくはその可能性がありますか

はい  いいえ

現在授乳中ですか

はい  いいえ

7. 当院で治療するにあたって、希望することがあればここに記入してください

例) 診断書が欲しい、薬は最小限がいいなど

( )

8. 当院をどのようにしてお知りになりましたか

1.知人からの紹介 2.他の医療機関からの紹介 3.インターネット  
4.Instagram 5.Twitter(X) 6.通りがかり 7.その他 ( )

9. マイナンバーカード 有・無

マイナ保険証による診療情報取得に同意  する  しない

当院は診療情報を取得・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。

- ◆医療DX推進体制整備加算（初診時必須算定） 8点
- ◆医療情報取得加算2（初診時）（マイナ保険証を利用した場合） 1点
- ◆医療情報取得加算1（初診時）（マイナ保険証を利用しない場合） 3点
- ◆医療情報取得加算4（再診時）（マイナ保険証を利用した場合） 1点
- ◆医療情報取得加算3（再診時）（マイナ保険証を利用しない場合） 2点

ふみ心のクリニック

問診は以上になります。ご回答誠にありがとうございました。