

# シャント外来問診表

★問診表に書かれた内容は、医療サービスのみ利用し、他の目的では利用しません。

令和 年 月 日

## ◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？(はい・いいえ)

ふりがな	性別	紹介状	診察前の体温
お名前	男・女	有・無	度 分
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生	歳	当院にかかられたことはありますか？ ない・ある ( 年 月頃)	
住所 〒 ( - )		連絡先電話番号 ( )	

### 1) 本日はどうされましたか？ あてはまるものに○をして下さい。

1. シャントの流れが(弱い・閉塞している)
2. 静脈圧が高い
3. 穿刺困難
4. シャント瘤がある
5. シャントの痛み
6. 透析できているが定期診察希望
7. 新規シャント作成のご依頼 (これから透析導入予定の方)
8. その他 ( )

### 2) 現在通院・治療中の病気がありますか？ (はい・いいえ)

- ①透析をされている方 (透析施設名: \_\_\_\_\_)
- ②その他通院中の医療機関名・疾患名を記載してください。  
医療機関名 ( ) 疾患名 ( )

### 3) 腎臓の病気以外でいままでにかかった病気・手術などはありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方は病名などを記載してください。  
( )

### 4) 現在、内服中の薬・処方されている薬はありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方は薬の名前がわかれば書いて下さい。(お薬手帳の提出でも可)  
( )

### 5) 今までに薬や食べ物で気分が悪くなったこと、アレルギー等がありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方はどのような症状でしたか？(薬の名前や原因がわかれば書いて下さい)  
( )

### 6) この1年間で特定健診※および後期高齢者医療健診を受けましたか？ (はい・いいえ)

「はい」の方は健診時期および結果(指摘事項)を書いてください。  
( )

★マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です

※特定健診とは、対象者(40歳～74歳)の方を対象に生活習慣病の予防に着目した健診。

### 7) (女性の方へ) 現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ)

- 8) 飲酒歴 (有・無) アルコール \_\_\_\_\_ 本位/日 \_\_\_\_\_ 年間
- 喫煙歴 (有・無) タバコ \_\_\_\_\_ 本位/日 \_\_\_\_\_ 年間

### 9) その他、心配なこと・相談があればご記入下さい。

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点(2023年12月31日までは6点) 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)