

問診票

初めて来院の方は✓を入れてください()

フリガナ		性別	男	・	女
氏名		生年月日	年	月	日(歳 ヶ月)
住所 〒		携帯番号	—	—	
		(本人 ・ 母 ・ 父 ・ その他)			

★検査希望の方は✓をつけてください。()コロナ検査 ()インフルエンザ
 ※お近くに上記感染症の陽性者がいらっしゃいましたら受付までお声がけください

★15歳以下のお子様のみ ⇒ 体重 _____ kg
 (ご希望するものに○をつけてください) シロップ ・ 粉 ・ 錠剤

★本日はどうなさいましたか？ ○で囲んでください
 熱 ・ 喉の痛み ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ 鼻水 ・ 鼻詰まり ・ 悪寒 ・ 腹痛 ・ 気持ち悪い ・ 嘔吐
 下痢 ・ 倦怠感 ・ 健康診断 ・ 予防接種 ・ 乳児健診 その他 _____

★症状はいつからですか？ _____ 月 _____ 日 から

★今回の経過の中で発熱はありましたか？ いいえ ・ はい (_____ 月 _____ 日 時頃から)
 (最高 _____ °C)(現在 _____ °C)

★現在他の医療機関に通院していますか？または過去にかかった病気はありますか？ ○で囲んでください
 なし 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓疾患 ・ 脂質異常症 ・ 痛風 ・ 脳梗塞 ・ 喘息
 その他 _____

★現在飲んでいるお薬はありますか？ なし ・ ある (お薬手帳がございましたら受付まで預けてください)
 本日お持ちでなければ薬の内容をお書きください。 _____

★これまで薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？ なし ・ あり
 ありの方はアレルギー内容を書いてください _____

★現在妊娠中又は授乳中ですか？(女性のみ) いいえ ・ はい _____ ヶ月

★マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ いいえ ・ はい (お持ちでない方はいいえで構いません)

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 加算2・・・2点 (マイナ保険証を利用した場合)