

初診問診票

フリガナ

お名前： _____ (男・女)

大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 才)

住所： _____

電話 (自宅) _____ (携帯) _____

● マイナンバーカードの保険証 (マイナ保険証) での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報 (服薬歴、健診歴など) を、当院が取得することに同意されましたか？

同意していない 同意した

● **必ず以下の項目をご確認の上、○を付けてください。**

◆ 5日以内に、37.5°C以上の発熱があった。 (はい , いいえ)

◆ 5日以内に、新型コロナウイルス感染者との接触があった。 (はい , いいえ)

◆ 新型コロナウイルスに、かかったことがある。 (はい , いいえ)

「はい」の方 ⇒ 感染した時期 (_____)

● 本日は、どのような症状でお困りですか？ ○を付けてください。

いつから [_____]

せき・たん・のどが痛い・鼻水・発熱 (_____ °C) ・寒気・だるさ・頭痛

ふしぶしの痛み (関節痛) ・胃痛・腹痛・下痢・はき気・嘔吐・便秘・めまい

花粉症・尿の異常 (頻尿、排尿時痛、血尿など) ・健康診断で要受診と判定された

その他 [_____]

● 現在、治療中の病気はありますか？ ない・ある ⇒ (_____)

● 今までに 大きな病気にかかったり、入院や手術を受けたことがありますか？

ない・ある ⇒ (_____)

● 薬、麻酔、食べ物などで アレルギー症状を起こしたことがありますか？

ない・ある ⇒ (_____)

● タバコは吸いますか？ ⇒ 吸わない・吸う (1日 _____ 本、 _____ 年間)

● 女性の方のみお答えください。(お薬の処方上、考慮いたします)

・ 妊娠中ですか？ ⇒ いいえ・はい・可能性あり

・ 授乳中ですか？ ⇒ いいえ・はい

※ 他院で処方されたお薬やお薬手帳などをお持ちでしたら、診察時にお出してください。

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、マイナ保険証のご利用にご協力をお願い致します。

◆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)