

診察申込書・問診票

<日付> 令和 年 月 日

フリガナ		性別	男女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	歳	
お名前											
ご住所	〒						TEL				
							携帯				

◆ 受診診療科に○をして下さい。
内科 ・ 整形外科 ・ 外科 ・ 神経内科 ・ リハビリ

◆ いつ頃からどのような症状がありますか？

()

▼ 風邪症状がある場合は、下の該当するものにチェックをして下さい。

症状	<input type="checkbox"/> 発熱がある	いつから _____	最高熱 _____ °C
	<input type="checkbox"/> 咳がある	いつから _____	<input type="checkbox"/> 頭痛がある
	<input type="checkbox"/> のどが痛い	いつから _____	<input type="checkbox"/> 嘔気 又は 嘔吐症状がある
	<input type="checkbox"/> 鼻水・痰がでる		<input type="checkbox"/> 下痢症状がある
	<input type="checkbox"/> だるさ(倦怠感)がある		
	<input type="checkbox"/> その他気になる症状()		

・コロナの検査を希望しますか (はい ・ いいえ ・ 医師の判断にお任せする)

・インフルエンザの検査を希望しますか (はい ・ いいえ ・ 医師の判断にお任せする)

・コロナワクチンの接種歴はありますか (はい ・ いいえ)

診察前体温	SPO2
_____ °C	_____ %

1 現在治療中の疾患はありますか？

いいえ

高血圧 糖尿病 脂質異常症 肺疾患 慢性腎臓病 悪性腫瘍 その他 ()

2 現在服用中のお薬がありますか？

いいえ はい → 薬剤名： _____

3 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

薬・注射のアレルギー

いいえ はい → 薬剤名： _____

食物のアレルギー

いいえ はい → 食品名： _____

4 今までに手術をされたことはありますか？

ない ある → : 何の手術ですか？ _____

5 女性の方のみお答え下さい

・妊娠中ですか。 いいえ はい(_____ 週目) 可能性あり

・授乳中ですか。 いいえ はい

※ 妊娠中の方(可能性を含む)、授乳中の方は、検査やお薬に制限が出る場合がございます。

6 喫煙歴・飲酒について

喫煙はしない 喫煙をしている (1日 _____ 本 _____ 年間くらい)

飲酒の習慣はない 飲酒の習慣がある / 頻度 ほぼ毎日 週に _____ 回くらい

裏面もご記入下さい

7 本日、マイナンバーカードの保険証を利用されましたか？

いいえ はい



診療情報取得に同意されましたか？ いいえ はい

8 この1年間で、「特定健診」もしくは「高齢者健診」を受診されましたか？
(マイナ保険証で情報取得に同意された方は、省略できます。)

いいえ はい いつ頃ですか ()
指摘事項はありましたか ()

当院は診療情報を取得・活用することで、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。

◆初診時・再診時には医療情報取得加算がかかります。

初診時 → 加算1…3点 加算2…1点 (月1回)

再診時 → 加算3…2点 加算4…1点 (3か月に1回)

(加算2・4はマイナンバー保険証による診療情報取得に同意された場合又は他院からの紹介状を持参された場合)