

# 問診票

初・再 ID :

|      |      |   |             |
|------|------|---|-------------|
|      |      | 受診日   | 年 月 日       |
| お名前  | ふりがな | 生年月日  | 大正 昭和 平成 西暦 |
|      | 男・女  |   | 年 月 生 ( ) 歳 |
| ご住所  | 〒 -  | お電話<br><input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 携帯 |             |
| お勤め先 |      | 体温  | 現在 °C       |

**★オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について★**

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン確認システムを導入しております。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おります。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。厚生労働省の規定により医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定をさせていただきます。

初診時・加算1「6点」・加算2「2点」(マイナ保険証を利用した場合) 再診時・加算3「2点」(健康保険証での受診)

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

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? ( はい いいえ )

この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか? ( はい いいえ )

健診時期 ( 年 月 ) 指導事項 \_\_\_\_\_

コロナPCR実施日 年 月 日      陽性判定日 月 日

待機開始日 月 日      待機終了日 月 日

1. 待機中の健康状態について

|      |           |           |           |
|------|-----------|-----------|-----------|
| 発熱   | 月 日 ( °C) | 月 日 ( °C) | 月 日 ( °C) |
| せき   | 月 日       | 月 日       | 月 日       |
| 鼻水   | 月 日       | 月 日       | 月 日       |
| 倦怠感  | 月 日       | 月 日       | 月 日       |
| 咽頭痛  | 月 日       | 月 日       | 月 日       |
| 息苦しい | 月 日       | 月 日       | 月 日       |
| その他  | 月 日 ~ 症状  |           |           |

2. 現在の健康状態について

- 倦怠感     疲労感     味覚・嗅覚障害     激しい咳や痰     息苦しい・呼吸困難
- 動悸     めまい     長期にわたる下痢・腹痛     四肢の感覚低下
- 脱毛     爪の変形     関節痛     頭痛     不眠
- 頭がぼんやりして靄(もや)がかかったような感じ     耳鳴り

3. その他何か気になることがございましたらご記入下さい。