

# 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 \_\_\_\_\_

1. いつから、どのような症状がありますか?

・発熱 (37.5°C以上) 月 日～ ( °C)

・せき 月 日～      ・鼻水 月 日～

・倦怠感 月 日～      ・咽頭痛 月 日～

・息苦しい 月 日～

・その他の症状 月 日～

2. 周囲に、上記のような症状のある方はいますか? いる ・ いない

3. 過去2週間以内に新型コロナウイルスの患者さんと接したことはありますか? ある ・ ない

4. 現在治療中の病気はありますか?  
糖尿病 心臓病 呼吸器疾患 (COPD・喘息など) 人工透析  
免疫抑制剤や抗がん剤の服用 花粉症 その他 ( )  
かかっている医療機関: \_\_\_\_\_

5. 現在飲んでいるお薬はありますか?  
ない ある: \_\_\_\_\_

6. 今までにアレルギー・特異体質と言われたことはありますか?  
ない ある:食物( )薬( )その他( )

★タバコについて 吸う ( 本/日 ) 吸わない      ★お酒について 飲む ( 日/週 ) 飲まない

★現在、妊娠中ですか? はい いいえ      ★授乳中ですか? はい いいえ

★当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。  
ホームページ ( パソコン用 スマートフォン用 ) 知人紹介 広告 その他