

※再診の方は太枠内のみの記入で結構です。

<問診票(熱・せき・のどの痛み・息苦しさのある方用)> 受診日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日	年齢
	男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	歳
ご住所	〒 -	電話番号	

1、以下の質問にわかる範囲で結構ですのでお答えください。

体温: _____ °C SpO2 _____ % 脈拍 _____ 回※
医師・看護師記入 来院前・来院時の検温にご協力願います。

- ・発症日 月 日
- ・発症時の症状: 発熱・せき・のどの痛み・息苦しさ・だるさ・味覚や嗅覚がおかしい・その他()
- ・コロナワクチン接種: 年 月に ファイザー・モデルナ 回 済 ・ 未
- ・現在の症状:
- ・過去にかかった病気や入院・手術歴 あり ・ なし 病名:
- ・現在治療中の病気 あり ・ なし 病名:
- ・現在通院中の医療機関名 :
- ・新型コロナウイルス感染症の方との濃厚接触の有無 あり(月 日) ・ なし ・ 不明

2、普段内服されているお薬やサプリメントがあれば、わかる範囲でご記入ください。

薬: サプリメント:

3、お薬や食べ物などのアレルギーはありますか? (はい ・ いいえ)

“はい”の方は具体的に記入してください。

4、たばこは吸いますか? (はい ・ いいえ) 1日 本 × 年間 ※禁煙された方も記入願います。

5、お酒は飲みますか? (はい ・ いいえ)

種類と量: (例:ビール大瓶 1本を週2-3回、日本酒1合を毎日 など)

6、女性の方にお聞きます。

・妊娠の可能性はありますか? (はい ・ いいえ) ・授乳中ですか? (はい ・ いいえ)

7、身長・体重を教えてください。 身長: cm 体重: kg

8、当院を知ったきっかけは何ですか?

当院公式ホームページ ・ インターネット{ google ・ medical doc ・ その他() }

自宅や職場の近隣 ・ 駅看板 ・ ご家族、知人からの紹介()

その他()

9、お薬手帳はお持ちですか? (はい ・ いいえ ・ 忘れました)

→ お薬手帳は必要ですか?(はい ・ いいえ)

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)・