

※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

・発症日 月 日

※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 ・今年度のインフルエンザワクチン接種 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：

・医師の判断で検査が必要となった場合、コロナやインフルエンザの抗原検査等ご希望されますか？

(はい ・ いいえ)

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)

10、当院での診療費の支払い方法は現金か PayPay になりますがどちらで支払われますか？ 現金 ・ PayPay

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 (マイナ保険証で薬剤情報・特定健診情報取得に同意いただいた場合 or 紹介状持参の場合) ・