※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：　　℃　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

・現在の症状：　発熱・せき・のどの痛み・息苦しさ・だるさ・味や匂いがおかしい・筋肉痛・関節痛・寒気

・腹痛・下痢・吐き気・嘔吐・　その他（　　）

・半年以内のｺﾛﾅﾜｸﾁﾝ接種歴：あり　・　なし　　・半年以内のｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞﾜｸﾁﾝ接種歴　あり　・　なし

・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　：

・コロナやインフルエンザ抗原検査はご希望されますか？　（　はい　・　いいえ　・　医師の判断で必要なら受ける　）

・飲めない・苦手な薬の剤型はありますか？　　漢方薬などの粉薬　・　カプセル　・　錠剤　・　飲めない剤型はない

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、女性の方にお聞きします。

・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、診療費の支払い方法　　現金　・　PayPay　　※発熱対応の方はクレジット決済の対応はしておりません

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。

◆医療情報取得加算（初診時）１点　　◆医療 DX 推進体制整備加算　１０～１２点

※マイナンバーカードの利用率に応じて毎月点数が変動します