

問診表

発熱外来用

ふりがな

名前

性別

男・女

生年月日

年

月

日

年齢

歳

住所 〒

電話番号

携帯番号

○マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（初診時のみ、マイナ保険証を使用する際には同意が必要です）

はい、同意します ・ いいえ、同意しません

○症状はいつ頃からですか？

本日から ・ 昨日から ・ 数日前から ・ （ ） ごろ前から

○今日はどうかさいましたか？当てはまる症状にすべてに○をつけて下さい

- ・ 熱がある がある場合には最高の体温（ ）℃
- ・ 喉が痛い ・ 鼻みず ・ 鼻づまり
- ・ 咳 ・ 痰 ・ 息切れ ・ 胸の圧迫感 ・ 呼吸苦
- ・ 倦怠感 ・ からだのだるさ ・ 関節痛
- ・ その他（ ）

○お答えください

- ・ 新型コロナウイルス感染症患者の濃厚接触者の可能性がある？ 可能性がある ・ いいえ
- ・ 新型コロナワクチンの接種回数は？ （ ） 回
- ・ 必要な場合には PCR 検査を希望しますか？ はい ・ いいえ
- ・ 必要な場合にはインフルエンザ検査を希望しますか？ はい ・ いいえ

○以下のような現在治療中の病気はありますか？又お薬は飲んでいますか？

高血圧、糖尿病、脂質異常症、BMI30 以上、心臓病、肺気腫、慢性閉塞性肺疾患、脳神経系疾患、
その他（ ）

いいえ ・ はい（薬剤名）

お薬手帳 ない ・ ある *お薬手帳のある方は薬剤名を省略していただいて結構です。

○アレルギーはありますか？

お薬 ない ・ ある（薬品名）

食物 ない ・ ある（食物名）

その他のアレルギー（ ）

○女性の方のみお答えください

・ 妊娠されていますか？ いいえ ・ 可能性がある ・ はい（ ） 週目

・ 授乳中ですか？ いいえ ・ はい

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いたします。◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算16点（従来の保険証使用、マイナ保険証利用の際に、診療情報取得に同意の場合）加算22点（マイナ保険証を利用し、かつ診療情報取得に同意した場合）