

問診票

年 月 日

●本日はどちらをご持参されましたか？

健康保険証 マイナンバーカードの保険証（以下、マイナ保険証）

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診察情報（服薬歴・健診歴等）を当院が取得することに同意されますか？

同意する 同意しない

フリガナ		生年月日	S・H・R			年	月	日
お名前		男・女	歳	ヶ月	体重	Kg		
住所	〒 (新規の方・変更のある方)				電話番号：自宅			
					電話番号：携帯			
通園・通学の施設名	保育園・幼稚園・こども園・小学校・中学校・なし							

来院時の体温	°C	3日以内に発熱はありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
		解熱剤は使用しましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(最終: / 時)

どんな症状がありますか？	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 頭痛	いつ頃から？
<input type="checkbox"/> 呼吸器症状（ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難）			
<input type="checkbox"/> 消化器症状（ <input type="checkbox"/> 吐気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛）	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感		
<input type="checkbox"/> 発疹→部位は？	<input type="checkbox"/> その他		

新型コロナウイルスの検査を希望しますか？	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 希望（抗原検査・PCR）
インフルエンザの検査を希望しますか？	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 希望

どの形状のお薬が飲めますか？	<input type="checkbox"/> 粉薬	<input type="checkbox"/> シロップ	<input type="checkbox"/> 錠剤・カプセル	<input type="checkbox"/> どれでも可	<input type="checkbox"/> 1日2回の処方希望	※ご希望に添えない場合もあります	
解熱剤は必要ですか？	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要→	<input type="checkbox"/> 坐薬	<input type="checkbox"/> シロップ	<input type="checkbox"/> 粉薬	<input type="checkbox"/> 錠剤	<input type="checkbox"/> どれでも可

けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい→いつ頃：
--------------------------	------------------------------	----------------------------------

現在、他院に通院または治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
※病名	※病院名	
※お薬を服用していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい→お薬手帳を見せてください

今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい ※病名
--------------------------	------------------------------	---------------------------------

アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい→（ ）
--------------	------------------------------	---------------------------------

女性の方のみ：妊娠されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> はい→妊娠 週
女性の方のみ：授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	

周囲で流行している病気はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/> インフルエンザ
<input type="checkbox"/> 胃腸炎	<input type="checkbox"/> RSウイルス	<input type="checkbox"/> ヒトメタ	<input type="checkbox"/> 溶連菌
<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> おたふく
			<input type="checkbox"/> その他

新型コロナウイルスにかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい→ 年 月
2週間以内に新型コロナウイルス感染者との接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい→ 続柄：

新型コロナウイルスワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→ 回	最終接種日 年 月
インフルエンザワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→ 回	

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。厚生労働省の規定により医療情報・システム基盤体制加算の算定をさせていただきます。

◇（初診）保険証利用時「6点」マイナ保険証利用時「2点」・（再診）保険証利用時「2点」