

内科問診票

年 月 日

《自身の連絡先》

(携帯)

(自宅)

※18歳以下の方は保護者の連絡先も

(保護者名)

(連絡先)

(氏名)

(年齢)

歳

(性別) 男 ・ 女

①本日はいつから・どのような症状でご受診でしょうか？

・本日お付き添いの方はいらっしゃいますか？

はい いいえ

・身近に新型コロナウイルスに感染している方はいらっしゃいますか？

いる いない

※「いる」の方は、下記のご関係の該当箇所を○して下さい。

《同居家族、職場の同僚、その他()》

・当院を受診する前に、新型コロナの検査を受けられましたか？

はい いいえ ※「はい」の方は下記の該当箇所に記入をして下さい。

自宅抗原キット(+ ・ -) 無料PCRセンター(+ ・ -) 他医療機関(+ ・ -)

検査日(月 日)

検査日(月 日)

検査日(月 日)

②現在、当院または他の医療機関に通院されていますか？

いいえ

はい(当院 他院 《診療科：内科 整形外科 皮膚科 泌尿器科 その他》)

※「はい」の方は下記の該当病名を○で囲んでください。

糖尿病 高血圧 高脂血症 痛風 狭心症 心筋梗塞 呼吸器疾患 悪性腫瘍 脳梗塞 透析中

その他()

・他院に通院中の方へお伺いします。本日、紹介状はお持ちでいらっしゃいますか？

いいえ はい ※「はい」の方は、紹介状を受付へご提出下さい。

ここは記入しないで
下さい。看護師が記入
致します。

(測定時間) : 、

(身長) cm

(体重) kg

(血圧) / 、

(脈拍) 回/分

(体温) °C

(Spo2) %

★裏面に続きます

④現在服用中のお薬はありますか？ あり なし

※「あり」の方は、薬剤名がお分かりでしたら下記の枠内に記入をお願いします。もし、お薬手帳をお持ちであればご提出をお願いいたします。

【
】

⑤入院、手術など受けるような大きな病気をされたことはありますか？ ある ない

※「ある」方は、下記の枠内に記入をお願いします。

【
】

⑥お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

なし あり 薬剤名・食べ物() 症状()

⑦飲酒・喫煙の頻度を教えてください。

・飲酒 飲まない 飲む(歳～ 本/日)

・喫煙 吸わない 吸う(歳～ 本/日)

⑧女性の方へ、妊娠の可能性はありますか？ なし あり 不明

⑨新型コロナのワクチン接種について記入をお願いします。

接種していない 接種済み ※「接種済み」の方は下記の記入もお願いします。

何回接種をされましたか？(回)

最後の接種はいつ頃ですか？(年 月頃)

薬のメーカーはわかりますか？(ファイザー ・ モデルナ ・ その他または不明)

⑩マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか？ 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おります。
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1 4点(マイナ保険証の利用がない場合)

加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)