初診問診票

氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	男 女	生年 月日	明治　大正　昭和　平成　令和 年　　月　　日（　　歳）
住所	〒　　－			
電話	自宅　（　　）　　－			
	携帯　　－　　－			
☆ 来院の目的 （ 診察 ・ 検査 ・ 健康診断 ・ 予防接種 ・ 禁煙治療 ・ その他 ）				
☆ 他院からの紹介状や検査データ等をお持ちの方は、受付にお渡しいただけますと助かります。				
☆ 当院をお知りになった経緯：ご紹介・ホームページ・看板・通りがかり・その他（　　） →差支えなければ　紹介者様名：　　様（ご家族・ご友人・その他　　）				

※看護師記入項目※ 身長：　　cm ・体重：　　kg

★来院時の体温　：　　℃

☆ここ１週間のうち、新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ感染者との濃厚接触はありましたか？　なし　・　あり

☆新型ｺﾛﾅｳｲﾙｽ感染歴　　なし　・　あり　（いつ：　　）

☆ﾜｸﾁﾝ接種歴　◇ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ（1 年以内に　なし　・　あり）　◇新型ｺﾛﾅ　　回

☆検査の希望　　なし　・　あり　（ ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ・新型ｺﾛﾅ・溶連菌 ）　・　医師と相談して決めたい

１．いつからどんな症状ですか？

時　期　：　今日（　　時頃から）・（　　月　　日頃から）・（　　）ヶ月前から・（　　）年前から

症　状　：　咳・痰・鼻水（透明・混濁）・のど痛・発熱（　　）℃・体のだるさ・頭痛・胸痛・息苦しさ・胸のしめつけ感・食欲不振・嘔気・嘔吐・腹痛・軟便・泥状便・水様便・めまい・ふらつき・嗅覚異常・その他（　　）

２．薬や食べ物で皮膚に湿疹が出たり、気分が悪くなったりしたこと（ｱﾚﾙｷﾞｰ反応）がありますか？
なし　・　あり　（ 薬・食べ物：　　症状：　　）

３．現在治療中の病気
なし　・　あり　（ 病名：　　通院先：　　）

４．現在服用中の薬　　**※　お薬手帳　なし　・　あり**　（ありの方は受付にご提出をお願い致します）
なし　・　あり　（　　）

５．入院や手術の経験
なし　・　あり　（ 病名：　　入院先：　　）

６．アルコール消毒でのかぶれはありますか？：　なし　・　あり

７．お薬について
・内服困難な形状：　なし　・　あり（ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル ・ 口腔内溶解錠 ）が飲めない
・昼食時の服用　：　可　・　不可
・漢方薬の服用　：　可　・　不可　・　できれば避けたい

≪成人の方にお聞きします≫

８．喫煙：　・現在吸っている：１日平均（　　）本　を（　　）年間
・以前吸っていた：１日平均（　　）本　を（　　）年間。（　　）歳から止めている。
・吸ったことがほとんどない　または　まったくない

９．飲酒：　・週１日以上　ビール・日本酒・焼酎・（　　）を１日あたり（　　）cc を週（　　）回飲む
・週１日未満　または　飲酒しない

≪女性の方にお聞きします≫

①　現在妊娠の可能性はありますか？　なし　・　あり　、②現在授乳中ですか？　いいえ　・　はい

※個人情報の取り扱いについて
・ご記入いただいた個人情報は、当院における診察以外の目的には使用致しません。
・病状の確認、診察・検査の予約の変更、保険情報の確認等の為に電話連絡させて頂く場合がありますので、ご同意をお願い致します。
・呼び出しの際にお名前でお呼び致します。ご希望されない方はお申し出下さい。

※当院では、第三者行為（交通事故・喧嘩など）による疾病に対する治療を基本的に行っておりません。該当される方は、ご記入前に受付までお申し出下さい。

※オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について
・当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン確認システムを導入しております。診療や健診の情報を取得・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致します。
・厚生労働省の規定により医療情報取得加算の算定をさせていただきます。
初診時・加算1「3点」（1月に1回）（健康保険証での受診）・加算2「1点」（1月に1回）（マイナ保険証を利用した場合）
再診時・加算3「2点」（3月に1回）（健康保険証での受診）・加算4「1点」（3月に1回）（マイナ保険証を利用又は他医療機関からの情報提供を受けた場合）

★マイナンバーカード（ 有 ・ 無 ）、マイナ保険証による診療情報取得に同意する（ はい ・ いいえ ）