

エントリー	問診確認

お名前（カタカナ）

* 診察券のない方は診療申込書もご記入下さい
 * 介護保険被保険者証をお持ちの方はご提示下さい
 * 高校生以下の受診は保護者同伴が必須です

内科 耳鼻科
(中学生以上)

ID : _____

・発熱外来について-発熱外来ではインフルエンザ・新型コロナの抗原検査を行います
 37.5度未満で感冒症状がある方、周囲（同居家族、職場等）でインフルエンザ、新型コロナ陽性者がいる等の理由でインフルエンザ・新型コロナの抗原検査を希望されますか

(発熱外来は時間によって翌日以降の案内になる場合がございます。)

希望する 希望しない

発熱外来受診後、陰性の方で他科受診希望の方は他科の受診が可能です。

(小学生以下の方)

◎体温 _____ °C

◎体重 _____ kg

(高校生以下の方)

◎同伴者はどなたですか 父母 その他 ()

1.他の医療機関からの紹介状を持っていますか

いいえ はい

2.どのような症状でお困りですか

いつ頃から _____

その他 ()

3.今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか

いいえ はい → _____

4.女性の方のみご回答ください

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか いいえ はい

5.現在、他の医療機関に通院していますか

いいえ はい → 医療機関名 : _____

受 診 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

治 療 内 容 : _____

6.現在使用中のお薬がありますか *お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい

いいえ はい → _____

7.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありますか

いいえ はい → _____

裏面へ

8.この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

いいえ はい → 受診時期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

指摘事項：_____

9.喫煙歴はありますか（成人の方のみ）

いいえ 以前は吸っていたが止めた（喫煙歴_____年）

はい _____ 本/日 喫煙歴_____年

10.お酒は飲みますか

いいえ はい 週（ ）回 種類・量（ ）

11.マイナ保険証による診療情報取得について

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

同意する 同意しない

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願います。

◆医療機能・システム基盤整備体制充実加算

マイナ保険証を利用しない場合・・・初診時 加算1 4点(6点)、（再診時 加算3 2点(1ヶ月に1回)）

マイナ保険証を利用する場合・・・初診時 加算2 2点

（ ）内は令和5年4月～12月の特例措置による加算点数となります。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出をお願いいたします。

R5.12.1更新