

問 診 票

再診の方はお名前のみで結構です。医療法人天音会 おいかわ内科クリニック

フリガナ			生年月日	T・S・H・R	年	月	日
氏 名			性 別	男 ・ 女	年 齢	歳	
住 所	〒 - 建物名までご記入ください						
連 絡 先	携帯 — — 自宅 — —						
車種・色			パーテーションNo.		駐車場 待機		
車No.							
マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							

お手数ですが、該当する口に☑をお願いいたします。

来院時体温	℃	血圧	/	脈拍		呼吸数		Spo2	%
・症状									
☐発熱	最高（ ）℃	/	から	☐嗅覚異常	/	から			
☐咳	（☐ 夜～朝方に咳き込む）	/	から	☐味覚異常	/	から			
☐頭痛	/	から	☐だるさ	/	から	☐関節・筋肉の痛み	/	から	
☐鼻水	/	から	☐鼻づまり	/	から	☐のどが痛い	/	から	
☐声がでない	/	から	☐食欲がない	/	から	☐おなかの痛み	/	から	
☐発疹	/	から	☐胸の痛み	/	から	☐はきけ～嘔吐	/	から	
☐息苦しさ	/	から	☐下痢	/	から	☐水分が摂れない	/	から	
身近に陽性者はいますか？	はい	いいえ	接触歴を詳しく書いてください						
1 ヶ月以内の県外への移動歴	☐なし	☐あり⇒	都道府県名	移動手段	期間 ～				
現在飲んでいる薬～来院までに他でもらった薬	☐なし	☐あり⇒	薬の名まえ						
新型コロナウイルスワクチン接種の有無	無・有 （ ）回接種 最終接種日（ / ）ファイザー モデルナ								
インフルエンザ検査の希望	☐不要			☐希望			☐相談して決めたい		
新型コロナウイルスPCR検査の希望	☐不要			☐希望			☐相談して決めたい		

以下は初診の方のみご記載ください。 セットA〔 〕 B〔 〕 抗原〔 〕

治療中の病気	病 名	☐喘息	☐高血圧	☐糖尿病	☐心臓病	☐緑内障	☐不整脈
☐なし ☐あり		☐脂質異常症	☐前立腺肥大	その他（ ）			
過去にかかった大きな病気	病 名	☐喘息	☐肺炎	☐気胸			
☐なし ☐あり ⇒	その他（ ）						
薬・食べ物のアレルギー	該当する薬や食べ物のなまえ						
☐なし ☐あり ⇒	（ ）						
妊娠	☐なし	☐あり ⇒（ ヶ月）	授乳	☐なし	☐あり ⇒（ 歳 ヶ月）		
来院のきっかけ	☐ 1 近隣・知人のご紹介			☐ 4 広告をみて			
	☐ 2 他医療機関からの紹介			☐ 5 ホームページを見て			
	☐ 3 通りがかり			☐ 6 その他（ ）			

当院では診療情報を取得・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1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

ご協力ありがとうございました。