

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		
住所	〒 - 建物名までご記入ください							
連絡先	携帯	一	一	自宅	一	一		
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				□はい	□いいえ			

お手数ですが、該当する□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	薬の名まえ									
□なし	□あり⇒									
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 □なし □あり	病名 □なし □あり ⇒	□喘息	□高血圧	□糖尿病	□心臓病	□縁内障	□不整脈
過去にかかった大きな病気 □なし □あり ⇒	病名 □なし □あり ⇒	□脂質異常症	□前立腺肥大	その他()			
薬・食べ物のアレルギー □なし □あり ⇒	該当する薬や食べ物のなまえ ()						
妊娠 □なし □あり ⇒ (ケ月)	授乳 □なし □あり ⇒ (歳 ケ月)						
来院のきっかけ □1近隣・知人の紹介 □2他医療機関からの紹介 □3通りがかり	□4広告を見て □5ホームページを見て □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。