

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		
他の医療機関からの紹介状を持っていますか			<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 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									
<input type="checkbox"/> 発熱	最高 ()℃	/	から	<input type="checkbox"/> 嗅覚異常	/	から			
<input type="checkbox"/> 咳	(<input type="checkbox"/> 夜～朝方に咳き込む)	/	から	<input type="checkbox"/> 味覚異常	/	から			
<input type="checkbox"/> 頭痛	/	から	<input type="checkbox"/> だるさ	/	から	<input type="checkbox"/> 関節・筋肉の痛み	/	から	
<input type="checkbox"/> 鼻水	/	から	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	/	から	<input type="checkbox"/> のどが痛い	/	から	
<input type="checkbox"/> 声がでない	/	から	<input type="checkbox"/> 食欲がない	/	から	<input type="checkbox"/> おなかの痛み	/	から	
<input type="checkbox"/> 発疹	/	から	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	/	から	<input type="checkbox"/> はきけ～嘔吐	/	から	
<input type="checkbox"/> 息苦しさ	/	から	<input type="checkbox"/> 下痢	/	から	<input type="checkbox"/> 水分が摂れない	/	から	
身近に陽性者はいますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	接触歴を詳しく書いてください						
1ヵ月以内の県外への移動歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり⇒	薬の名前	マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1か月以内の処方薬以外は、省略可能です。					
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	<input type="checkbox"/> 不要		<input type="checkbox"/> 希望	<input type="checkbox"/> 相談して決めたい					
新型コロナウイルスPCR検査の希望	<input type="checkbox"/> 不要		<input type="checkbox"/> 希望	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 不整脈
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大	その他 ()			
過去にかかった大きな病気	病名	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 気胸			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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						
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	()						
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ ()ヶ月	授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ ()歳ヶ月				
来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 1 近隣・知人のご紹介	<input type="checkbox"/> 4 広告をみて					
	<input type="checkbox"/> 2 他医療機関からの紹介	<input type="checkbox"/> 5 ホームページを見て					
	<input type="checkbox"/> 3 通りがかり	<input type="checkbox"/> 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 6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。

改訂 R5.04