

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、該当する口には☑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"/> 声がかでない	/	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						
これまでコロナ感染はありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり⇒	ありの場合 ()回	感染時期					
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。					
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抗原検査の希望	<input type="checkbox"/> 不要		<input type="checkbox"/> 希望		<input type="checkbox"/> 相談して決めたい				

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。
 ◆医療情報取得加算(初診時)加算1:3点、加算2:1点 (再診時)加算3:2点、加算4:1点

ご協力ありがとうございました。

改訂 R6.06