

問 診 票

Webダウンロード

パーテーションNo.

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		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	T・S H・R 年 月 日	歳
住所	〒 - ※建物名までご記入ください			
連絡先	携帯 - -	自宅	- -	-
●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	SpO ₂	%		
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 最高()℃	/	から						
	<input type="checkbox"/> せき (□夜～朝方に咳き込む)	/	から		<input type="checkbox"/> 臭覚異常	/	から		
	<input type="checkbox"/> たん	/	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	はい	いいえ	接触歴を詳しく書いてください						
これまでに コロナ感染はありますか	なし	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	なし	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ヶ月以内の 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	結果	A ()	B ()
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	結果	抗原 ()	
PCR検査の希望	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 希望	※結果は電話にてご報告します		

※必要な方のみチェック 診断通知書(専門・大学生)…無料 診断書(中高生・一般)…3,300円

治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<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"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他()
過去にかかった大きな病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> その他()
薬・食べ物のアレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	該当する薬や食べ物の名前 ()
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"/> 近隣・知人のご紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり	<input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> 広告をみて <input type="checkbox"/> 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):1点 (再診時):1点

ご協力ありがとうございました。 改定 R6.12