

# 診察申込書・問診票

<日付> 令和 年 月 日

フリガナ		性別	男女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	歳
お名前										
ご住所	〒					TEL				
						携帯				

- ◆ 受診診療科に○をして下さい。  
内科 ・ 整形外科 ・ 外科 ・ 神経内科 ・ リハビリ

- ◆ いつ頃からどのような症状がありますか？

( )

- ▼ 風邪症状がある場合は、下の該当するものにチェックをして下さい。

症状	<input type="checkbox"/> 発熱がある	いつから	最高熱	℃
	<input type="checkbox"/> 咳がある	いつから	<input type="checkbox"/> 頭痛がある	
	<input type="checkbox"/> のどが痛い	いつから	<input type="checkbox"/> 嘔気 又は 嘔吐症状がある	
	<input type="checkbox"/> 鼻水・痰がでる		<input type="checkbox"/> 下痢症状がある	
	<input type="checkbox"/> だるさ（倦怠感）がある			
	<input type="checkbox"/> その他気になる症状（			）

- ・コロナの検査を希望しますか（ はい ・ いいえ ・ 医師の判断にお任せする ）
- ・インフルエンザの検査を希望しますか（ はい ・ いいえ ・ 医師の判断にお任せする ）
- ・コロナワクチンの接種歴はありますか（ はい ・ いいえ ）

- 1 現在治療中の疾患はありますか？

☐ いいえ

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 肺疾患 ☐ 慢性腎臓病 ☐ 悪性腫瘍 ☐ その他（ ）

診察前体温	SPO2
℃	%

- 2 現在服用中のお薬がありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 薬剤名：

- 3 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

薬・注射のアレルギー

☐ いいえ ☐ はい → 薬剤名：

食物のアレルギー

☐ いいえ ☐ はい → 食品名：

- 4 今までに手術をされたことはありますか？

☐ ない ☐ ある →： 何の手術ですか？

- 5 女性の方のみお答え下さい

- ・妊娠中ですか。 ☐ いいえ ☐ はい（ 週目） ☐ 可能性あり
- ・授乳中ですか。 ☐ いいえ ☐ はい

※ 妊娠中の方（可能性を含む）、授乳中の方は、検査やお薬に制限が出る場合がございます。

- 6 喫煙歴・飲酒について

☐ 喫煙はしない ☐ 喫煙をしている（1日 本 年間くらい）

☐ 飲酒の習慣はない ☐ 飲酒の習慣がある / 頻度 ☐ ほぼ毎日 ☐ 週に 回くらい

裏面もご記入下さい

**7** 本日、マイナンバーカードの保険証を利用されましたか？

☐ いいえ ☐ はい



診療情報取得に同意されましたか？ ☐ いいえ ☐ はい

**8** この1年間で、「特定健診」もしくは「高齢者健診」を受診されましたか？  
(マイナ保険証で情報取得に同意された方は、省略できます。)

☐ いいえ ☐ はい いつ頃ですか ( )

指摘事項はありましたか ( )

当院は診療情報を取得・活用することで、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。

◆初診時・再診時には医療情報取得加算がかかります。

初診時 → 1点 (月1回)

再診時 → 1点 (3か月に1回)