

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・痰ができる		<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)

診察前体温 SPO2

_____ °C _____ %

1 現在治療中の疾患はありますか？

いいえ

高血压 糖尿病 脂質異常症 肺疾患 慢性腎臓病 悪性腫瘍 その他 ()

2 現在服用中のお薬はありますか？

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)