

診療申込書兼問診票 大人用

令和 年 月 日

ふりがな	職業
氏名 男・女	
生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)	
住所 〒	
電話	
来院時の体温 度	
1) 今月当院に受診しましたか。 初めて・受診した(月 日)	
2) 症状に○をつけて下さい。 発熱 頭痛 鼻水 鼻づまり 咳 発疹 はき気 下痢 腹痛 その他	
3) いつからですか。 月 日 (午前・午後 時頃より)	
4) 現在、処方されている薬はありますか。 いいえ はい (お薬手帳をお持ちの方はご用意ください)	
現在、他の医療機関に通院していますか。 いいえ はい(医療機関名: 受診日 月 日)	
5) 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか。 ない・ある : 緑内障 前立腺肥大 高血圧 脂質異常症 糖尿病 心臓疾患 腎臓疾患 脳血管障害 悪性腫瘍 その他	
6) 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんなど、からだの具合が悪くなったことがありますか。(アレルギーなど) ない・ある 薬品・食品名	
7) 新型コロナウイルス感染症に罹患したことがありますか。 いいえ はい 年 月頃	
8) この1年間で健診(特定健診および高齢者健診に限る)を受診しましたか。 いいえ はい(受診時期: 月 日 ・指摘事項)	
9) (女性のみ) 現在、妊娠中ですか。 いいえ ・ はい(ヶ月) 現在、授乳中ですか。 いいえ ・ はい	
10) マイナ保険証による診療情報取得について <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	

当院は診療情報を取得・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 加算1 : 6点 加算2 : 2点(マイナ保険証を利用し、情報を取得等した場合)

※以下、医療機関記入欄

● 血圧 / ● SPO2 %

この情報は院内での利用目的以外には使用いたしません

練馬区休日急患診療所・夜間救急こどもクリニック