

# 診療申込書兼問診票 大人用

令和 年 月 日

|  |          |            |                   |
|--|----------|------------|-------------------|
| ふりがな   | 性別       | 職業         | 今月当診療所受診歴         |
| 氏名   | 男<br>女   |            | 初めて<br>受診した( 月 日) |
| 生年月日   | 大正 昭和 平成 | 年 月 日 ( 歳) |                   |
| 住所 〒   | 電話番号     | ご自宅 携帯     |                   |
| 来院時の体温 _____ 度 周囲で何か流行っていますか? いいえ・はい ( )   |          |            |                   |
| <b>1) 症状に○をつけてください</b>   |          |            |                   |
| 発熱 ( 月 日 時から 最高 度) 嘔吐 (最終嘔吐 月 日 時頃)  |          |            |                   |
| 下痢 ( 月 日 時から 回 性状: 泥状便・水様便 )   |          |            |                   |
| 〔 頭痛 鼻水 鼻づまり 腹痛 咽頭痛 咳 発疹 〕 → ( 月 日 時頃から)   |          |            |                   |
| その他・来院目的等医師に伝えたいこと ( )   |          |            |                   |
| <b>2) 現在処方されているお薬はありますか?</b> いいえ ・ はい ( )<br>※お薬手帳をお持ちの方はご用意ください   |          |            |                   |
| <b>3) 現在他の医療機関に通院していますか?</b><br>い いいえ ・ はい (①医療機関名: _____ ②受診日 _____ 月 _____ 日)  |          |            |                   |
| <b>4) 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?</b><br>い いいえ ・ はい: 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<br>脳血管障害 悪性腫瘍 (部位: _____ )<br>その他 ( _____ ) |          |            |                   |
| <b>5) 薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹など、体の具合が悪くなったことがありますか? (アレルギーなど)</b><br>い いいえ ・ はい: 薬品・食品名 ( _____ ) 症状 ( _____ )                             |          |            |                   |
| <b>6) 新型コロナウイルスに罹患したことはありますか?</b> い いいえ ・ はい ( _____ 年 _____ 月頃)   |          |            |                   |
| <b>7) この一年で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか?</b><br>い いいえ ・ はい (受診時期: _____ 月 _____ 日 指摘事項: _____ )                                    |          |            |                   |
| <b>8) 女性のみ</b> ①現在、妊娠中ですか? い いいえ ・ はい ( _____ 週)<br>②現在、授乳中ですか? い いいえ ・ はい   |          |            |                   |
| <b>9) マイナ保険証による診療情報取得について</b> <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない   |          |            |                   |

当診療所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・システム基盤整備体制充実加算 加算1: 6点(令和6年1月1日より 4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          | FLU( ) / COVID-19( ) |
|                     | COVID-19 ( )         |
|                     | FLU ( )              |
|                     | 溶連菌 ( )              |
|                     | アデノ ( )              |
| ●血圧 = _____ / _____ | ●SPO2 = _____ %      |