

診療申込書兼問診票 大人用

令和 年 月 日

ふりがな	性別	電話番号	今月当診療所受診歴
氏名	男 女	- -	初めて 受診した(月 日)
住所 〒 -	生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日 職業: (年齢 歳)		

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 ()

1) 症状に○をつけてください

[頭痛 鼻水 鼻づまり 腹痛 咽頭痛 咳 発疹] → (月 日 時頃から)

発熱 (月 日 時頃から 最高 度) 嘔吐 (最終嘔吐 月 日 時頃)

下痢 (月 日 時頃から 回 性状: 泥状便・水様便)

その他・来院目的等医師に伝えたいこと ()

2) 現在、処方されているお薬はありますか? いいえ ・ はい ()

※お薬手帳をご用意ください。

お持ちでない方やスマホアプリの方は服用中のお薬(市販薬を含む)を問診票の裏面にご記載ください。

3) 現在、他の医療機関に通院していますか?

いいえ ・ はい (①医療機関名: _____ ②受診日 _____ 月 _____ 日)

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?

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
脳血管障害 悪性腫瘍 (部位: _____)
その他 (_____)

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)

いいえ ・ はい: 薬品・食品名 (_____) 症状 (_____)

6) 新型コロナウイルスに罹患したことはありますか? いいえ ・ はい _____ 年 _____ 月頃

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?

いいえ ・ はい (受診時期: _____ 月 _____ 日 指摘事項: _____)

8) 女性のみ ①現在、妊娠中ですか? いいえ ・ はい (_____ 週)

②現在、授乳中ですか? いいえ ・ はい

9) マイナ保険証による診療情報取得について 同意する ・ 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。 ◆医療情報取得加算: 初診時: 1点(月1回) 再診時: 1点(3月に1回)

※以下医療機関記入欄	FLU() / COVID-19 ()
● 血圧 = / ● SpO2 = %	COVID-19 ()
	FLU ()
	溶連菌 ()
	アデノ ()
	FLU() / RS ()
	マイコプラズマ ()