

【本日の受診についてお伺いします】

紹介状はありますか

なし ・ あり

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか

いいえ ・ はい

過去1年以内に特定健診等を受けていますか

いいえ ・ はい

現在の体温:

℃

(1) いっごろからどのような症状がありますか？

・今日 ・昨日 ・2～3日前 ・1週間前 ・その他(から)

・発熱 → いつからですか？(月 日 時頃から 最高 ℃ 日)

※今回の症状で検査はしていますか？ (なし ・ あり)

「あり」の場合 → 検査日: 月 日 時 (インフル・コロナ) 結果:(+ ・ -)

・頭痛 ・鼻水 ・鼻づまり ・咳 ・痰 ・のどの痛み ・倦怠感

・吐き気 ・嘔吐(回/日) ・下痢(回/日) ・食欲不振

・胃痛 ・腹痛 ・発疹 ・めまい ・膀胱炎症状(排尿痛, 残尿感, 頻尿 等)

・その他 (症状をご記入ください)

* 今回の症状でお薬(市販薬を含む)は飲みましたか？

(なし ・ あり)

→ (いつ おくすり名)

(2) 食べ物・注射・くすりなどでアレルギー症状を起こしたことはありますか？

(なし ・ あり)

→ (アレルギーを起こしたもの:)

(3) 通院中の病気はありますか？

(なし ・ あり)

→ (病名: 年齢: 病院名:)

* 本日おくすり手帳はお持ちですか？ (なし ・ あり)

(4) 今までにかかった病気はありますか？ 手術を受けたことがありますか？

(なし ・ あり)

→ (病名: 年齢: 病院名: 手術名:)

(5) 嗜好についてお聞きます

* 喫煙 (なし ・ あり ・ やめた) …(開始年齢: 歳～ , 本数: 本/日)

* 飲酒 (なし ・ あり ・ たまに) …(1日あたりの飲酒量: mL/日 , 回数: 回/週)

(6) 女性の方にお聞きます

* 妊娠の可能性はありますか？ → (なし ・ あり)

* 授乳中ですか？ → (なし ・ あり)

○当医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めている医療機関です。

○マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することでより質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきますようお願いいたします。

※ご記入いただいた個人情報は診察・治療以外の目的では使用いたしません。