

内科 問診票(発熱用)

フリガナ

氏名

〒

住所

ご連絡先

電話

(携帯)

(自宅)

メールアドレス

@

M・T・S・H・R 年 月 日生

()歳 男 ・ 女

職業 ()

身長 (cm) / 体重 (kg)

緊急連絡先(家族・勤務先など)

連絡先名

続柄 ()

電話番号

1. あてはまる症状がありましたら○印をつけてください

発熱(度) 鼻水 鼻づまり 咳 痰 のどの痛み 頭痛

吐き気 嘔吐(回/日) 関節の痛み 下痢(回/日)

2. 本日、または2週間以内に発熱はありましたか

本日発熱あり ・ 本日は発熱なし ・ 2週間以内に発熱あり(日付: 、 度) ・ 発熱なし

3. それはいつ頃からですか (年 月 日頃より)

4. 他の病院に現在通院中ですか

はい (病院名) (病名) ・ いいえ

5. 新型コロナウイルス・インフルエンザの検査を希望しますか

希望する ・ 希望しない ※検査が必要か否かの判断は医師がいたします、予めご了承ください

6. 現在服用中の薬はありますか

ある (薬名) ・ ない

◇ ある を選んだ方 : お薬手帳は本日持ってきていますか (はい ・ いいえ)

7. アレルギーについて

① 薬・注射・検査などで何か異常なことがありましたか

ある () ・ ない

② 下記のものでアレルギー症状が出た、またはアレルギー体質といわれたことがありますか

金属 ・ アルコール ・ ラテックス ・ その他 () ・ ない

8. 今までに重い病気をしたことがありますか

ある (薬名) ・ ない

また、現在治療中の病気はありますか

ある (薬名) ・ ない

つづいて裏面のご記入をお願いいたします

9. 喫煙歴はありますか

なし ・ あり (1日 本 × 喫煙年数 年)(現在 ・ 過去)

10. 緑内障と診断されたことはありますか

はい (病院名) ・ いいえ

11. コロナワクチンは接種しましたか (はい ・ いいえ)

◇ はい の方のみお答えください。

接種回数: 回 最終接種日: 年 月 日

ファイザー ・ モデルナ ・ その他() ・ 不明

12. (男性の方のみ) 前立腺肥大または前立腺癌と診断されたことはありますか

はい (病院名) ・ いいえ

13. (女性の方のみ) 妊娠している可能性はありますか

はい (ヶ月) ・ いいえ

14. 医療行為や日常生活に制限を有する宗教を信仰していますか

はい (制限内容:) ・ いいえ

15. 診察について何かご希望等ございましたら、ご記入ください

()

16. マイナ保険証を使用していますか (はい ・ いいえ)

◇はい の方のみお答えください

・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？(はい ・ いいえ)

・この一年間で市の特定健診を受診されましたか？(はい ・ いいえ)

17. 当院をどちらでお知りになりましたか (あてはまる項目に○をしてください)

①前から知っていた ②他院より紹介された(病院名 紹介状: 有 ・ 無)

③ 知人に聞いた ④ インターネットで知った ⑤ ケーブルテレビをみた ⑥ その他()

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。
当院は『電子的診療情報連携体制整備加算』の算定病院です。

ご記入ありがとうございました。

こちらの問診票を受付職員へお渡しください。