

# 受診票

年 月 日

※みずぼうそう、麻疹の疑いがある場合は、すぐに受付にお申し出ください。

フリガナ		性別	生年月日	
氏名		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日 年齢（満 歳）	
住所		電話番号		
※今月中に当院を受診されていますか。		体温	体重	
1. 受診していない				
2. 月 日に受診している		℃	kg	

<p>1. 本日は、いつから（ ） どのような症状で受診されましたか？</p> <ul style="list-style-type: none"><li>発熱 ・ のどが痛い ・ 咳</li><li>痰 ・ 鼻水 ・ くしゃみ ・ 頭痛</li><li>吐き気 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 便秘</li><li>息苦しい ・ 血尿 ・ 排尿痛・ 発疹 ・ その他（ ）</li></ul>	<p>ご家族、身の回りに</p> <ul style="list-style-type: none"><li>●コロナ陽性者 あり・なし</li><li>●インフルエンザ陽性者 あり・なし</li></ul>
<p>2. 薬・注射・食べ物で具合が悪くなったことがありますか。</p> <p>ない ・ ある（ ）</p>	
<p>3. 今までに重い病気にかかったことがありますか。</p> <p>ない ・ ある（ ）</p>	
<p>4. 現在、治療中の病気がありますか。</p> <p>ない ・ ある（ ）</p>	
<p>5. 現在、服用している薬はありますか。</p> <p>ない ・ ある（ ）</p>	
<p>6. 薬の剤形について、飲めないものに×をつけてください。（小児のみ）</p> <p>こなぐすり（ ） シロップ（ ） 錠剤（ ） カプセル（ ）</p>	
<p>※女性の方のみご記入ください。</p> <p>妊娠していますか。 いいえ ・ はい（ 月）</p> <p>授乳中ですか。 いいえ ・ はい（お子さまの年齢 歳）</p>	
<p>7. マイナ保険証による診療情報取得について</p> <p><input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない</p>	
<p>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。</p> <p>◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）</p>	