問 診 票

年　　月　　日

フ リ ガ ナ		年齢	性別	身長	体重	体温
氏　　名		歳		cm	kg	℃

◇本日はどうされましたか？具体的にご記入ください。

◇上記の症状はいつからですか？

◇上記の症状で他院にかかられましたか？また、いつ頃ですか？　□なし　**□あり**

【病院名：　　いつ頃：　　】

◇今までに病気、治療中の病気はありますか？　□なし　**□あり**

【病名：　　いつ頃：　　】

◇今までに手術の経験はありますか？　□なし　**□あり**

【病名：　　いつ頃：　　】

◇現在飲んでいるお薬はありますか？（お薬手帳があれば記載不要です）　□なし　**□あり**

【薬品名：　　】

◇薬や食物のアレルギーはありますか？　□なし　**□あり**

【　　】

◇たばこを吸われますか？

□現在吸っている（1日約　　本、　　才～）　□習慣的に吸った事がない

□過去に吸っていたが今はやめている（1日約　　本、　　才～　　才まで）

◇アルコールは飲まれますか？　□飲まない　**□飲む**　□　毎日飲む　□　機会飲酒

◇マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　□　同意する　□　同意しない

◇他院からの診療情報提供書（紹介状）等はありますか？　□なし　**□あり**

◇女性の方にお伺いします。

▸妊娠の可能性はありますか？　□なし　□あり

▸最終月経はいつですか？　（　　月　　日 □閉経している

※以下の問診は３７．５℃以上の発熱がある方のみ記載して下さい。

◆熱が出現したのはいつ頃ですか？　（　　月　　日頃から）

◆下記の症状はありますか？　□なし　**□あり**

□せき　□痰　□呼吸困難感　□倦怠感　□味覚・嗅覚障害

◆上記症状出現２週間以内に旅行、会食、イベント等３密が発生する場所へ出入りしましたか？

□なし　**□あり**

◆家族や自分の周りの方（職場関係等）で、新型コロナウイルス感染症の方はいますか？

□なし　**□あり**

◆新型コロナウイルス感染症陽性者と同居又は長時間接触（マスク無で１５分以上）されましたか？

□なし　**□あり**

◆その他自覚症状があれば、詳しく記載して下さい。

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致します。

◆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）