

問診票

記入日 令和 年 月 日

診察券番号 _____

フリガナ					
お名前	(男・女)				
生年月日	T / S / H	年	月	日	(歳)
住所	〒				
電話番号	自宅	-	-	携帯	-
緊急連絡先	-	-	続柄()		お名前()
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)			マイナ保険証による診療情報取得について		
マイナ保険証を利用しない場合[加算1] : 4点 マイナ保険証を利用される場合[加算2] : 2点			<input type="checkbox"/> 同意する ・ <input type="checkbox"/> 同意しない		

■ 今日、どうされましたか？

- 診察希望 (症状がある ・ 健康診断で異常と言われた ・ 他院から移りたい ・ その他)
- 予防接種 (インフルエンザ ・ 肺炎球菌ワクチン ・ その他 :)
- コロナワクチン接種 (直近接種: _____回目 令和_____年 月 日 : ファイザー ・ モデルナ)
- 診断書希望 ()
- 相談したい ()

■ どのような症状がありますか？ あてはまる症状にチェックをつけてください。

- 体がだるい(しんどい) 発熱 ()°C 鼻水 鼻づまり くしゃみ
- のどの痛み せき たん
- 頭痛 腹痛 胃痛 胸痛
- はきけ おうと 下痢 便秘
- どうき 息切れ
- むくみ (場所 : まぶた ・ 手 ・ 脚(ふともも ・ すね) ・ 足の甲 ・ その他 :)
- しびれ (場所 : 顔 ・ 腕 ・ 脚 ・ その他 :)
- その他 ()

■ 症状はいつごろから始まり、続いていますか？

- ()時間前 ()日前 ()ヶ月前 不明
- 症状が続いている 治まったり、悪くなったりする

裏面に続く

