問　診　表

No.　　令和　　年　　月　　日

ふりがな	
氏　　名	男 ・ 女
住　　所 T　E　L 携帯番号	〒 （　　） （　　）
生　年　月　日	M・T・S・H・R　　年　　月　　日（　　才　　ヶ月）
	※15 歳未満の方は　体重を記入して下さい　（　　ｋｇ）
職　　業	

1. どうしましたか？

2. それは、いつからですか？

3. 今までに　大きな病気、けが、手術をしたことがありますか？

ある（　　才の頃）　　ない

4. 今までに　薬によるアレルギーを起こしたことがありますか？

ある　　ない

5. 現在、服用している薬がありますか？　(お持ちの方はお薬手帳をお出しください)

ある　　ない

※ジェネリックを希望されますか？　（　はい　　いいえ　）

6. 現在、他の病院に通院されていますか？

ある　　ない

7. 妊娠の可能性は　ありますか？

ある　　ない

8. その他、心配なこと、聞きたいことがあったら　ご記入下さい。

裏面につづく

1.　発熱（37.5℃以上）がある

いいえ　・　はい　(　　℃)

2.　せき（呼吸器症状）がある

いいえ　・　はい

3.　強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ(呼吸困難)がある

いいえ　・　はい

4.　味覚障害、嗅覚障害がある

いいえ　・　はい　　(いつから　　)

5.　2 週間以内に渡航歴がある

いいえ　・　はい　　(国名　　)

6.　2 週間以内にバー・ナイトクラブ・カラオケ・ライブハウス・ジムなど室内運動施設を利用した

いいえ　・　はい

7.　2 週間以内に 10 人以上集まるイベントまたは密閉空間で、人が密集・密接した会合に参加した

いいえ　・　はい

8.　同居者に発熱あるいはせき(呼吸器症状)のある人がいる

いいえ　・　はい

9. マイナ保険証による診療情報取得について

同意する・同意しない

当院は診療情報を取得・確認することにより、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。

●医療情報・システム基盤体制充実加算

マイナ保険証を利用しない場合･･･初診時　加算１　４点（6 点）、
（再診時　加算３　２点（1 ヶ月に 1 回））
マイナ保険証を利用する場合･････初診時　加算２　２点
（　）は令和 5 年 4 月～12 月の特例措置による加算点数となります

浅野内科クリニック