| 記入日 令和 | 年 | 月 | В | | | |
|--------|---|---|---|--|----|-----|
| お名前 | | | | | 年齢 | 性別 |
| (カタカナ) | | | | | 歳 | 男•女 |
| | | | | | | |

| | | | 1 / / | <u> </u> |
|--------|----|---|-------|----------|
| | | | マイナ使用 | Ħ |
| 医事課記入欄 | : | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| a—+" | | _ | \ | |
| 隔離 | (1 | 2 | SP) | |

| │ 内科 / 小児科 問診祟 ││ | 隔離 (1 | 2 SP) | | | | | | |
|--|---|--------------|--|--|--|--|--|--|
| ※現在、夜診内科診療(18:0 | O以降)は行っておりません。 | | | | | | | |
| ※下記の質問に全てご回答下さい。 2日以内に | こ発熱(37.5℃以上)があった方は、発 | 熱外来の案内となります。 | | | | | | |
| 【重要】新型コロナウイルス関係のご質問にお答えください。 | | | | | | | | |
| 〇高熱、強いだるさ、息苦しさなどの症状はございますな |)。※解熱剤を飲み続けている方も同様 | はい・いいえ | | | | | | |
| ○下記に2日間の最高熱が何度であったかご記入ください。 | | | | | | | | |
| | 1日前(℃) | 本日(℃) | | | | | | |
| O37.5度以上の発熱が2 <u>日以内に一度でもございました</u> が | <u>b`.</u> | はい・いいえ | | | | | | |
| 〇 <u>味覚</u> 及び <u>嗅覚</u> に関して、異常を感じることはございます | けか。 | はい・いいえ | | | | | | |
| ○同伴者様に上記の症状はございますか。 | はい・いいえ | | | | | | | |
| ○ご家族または同居者様の中で、最近(1週間以内)にこ | コロナ感染された方はいますか。 | はい・いいえ | | | | | | |
| ご連絡のつく電話番号(- 一) | ◎診察前体温 | . °C | | | | | | |
| - 1.今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分 | ◎(中学生以下の方)体重 | . kg | | | | | | |
| 不快など)を起こしたことがありますか。 | (女性の方のみ) 妊娠巾です | か ロはい ロいいえ | | | | | | |
| 薬・注射のアレルギー | ◎ (女性の方のみ) 妊娠中ですか □はい □いいえ□可能性あり(最終月経 /) | | | | | | | |
| ロいいえ | | か 口はい 口いいえ | | | | | | |
| □□□、 → 薬剤名: | | | | | | | | |
| □はい | れんやショック状態) 口ある | | | | | | | |
| その他アレルギー | | | | | | | | |
| 口いいえ ― 卵 牛乳 アルコール そ | | | | | | | | |
| $\Box \text{tin} \qquad \rightarrow \underline{\qquad \text{PtJr} \exists \text{tin}}$ | れんやショック状態) 口ある | ロない | | | | | | |
| 2.いつ頃からどのような症状でお困りですか。 (詳細は | は診察室でお話下さい。) | | | | | | | |
| ○ いつ頃からですか。 | 頃から | | | | | | | |
| どのような症状ですか。簡潔にご記入下さい。 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| □ 現在服用中のお薬がありましたら記入して下さい。 | お茶手帳をお持ちの方け番付でこ | *担売下さい | | | | | | |
| □ いいえ □はい →: | が お薬手帳 | <u> </u> | | | | | | |
| ○ お薬の形(粉末・錠剤・シロップ等)の希望がありましたら記入して下さい。 ○ いいえ □はい →: □ 粉末 □ 錠剤 □ シロップ | | | | | | | | |
| 3.今までに大きな病気にかかったことはありますか。(け | けいれん、喘息、てんかん、先天 | 性疾患など) | | | | | | |
| □いいえ □はい → : | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | かみご回答下さい ―――― | | | | | | | |
| 4. 喫煙歴について □ 喫煙はしない | | | | | | | | |
| □ 喫煙をしている。(1日 本□ 以前喫煙をしていた。(1日 本 | 年間くらい) 年間くらい) | | | | | | | |
| 5.飲酒について 口 飲酒の習慣はない。 | | | | | | | | |
| □ 飲酒の習慣がある。 (頻度 □ ほぼ毎日 | □ 週に 回くらい) | | | | | | | |
| ↓ ここからはマイナンバー保険証による | | | | | | | | |
| | ロはいロいいえ | | | | | | | |
| 〇他の医療機関からの紹介状を持っている。 ○現在、他の医療機関に落院している。 | ロはいロいいき | | | | | | | |
| 〇現在、他の医療機関に通院している。 ※通院されている方 | ロはいロいいき | £. | | | | | | |
| 医療機関名 | 治療内容 | | | | | | | |
| 〇この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診した。 | | | | | | | | |
| ドクターランド幕張は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めております。 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。 | | | | | | | | |
| 正確な情報を取得・活用するだめ、マイノ保険証の利用にこ協力をの限い致します。 ※(マイナ保険証を利用した場合)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 | | | | | | | | |