

内科

個人情報の利用目的について同意した上で、
太枠の中をご記入ください。

14日以内に渡航歴が ある ・ ない	体重 (中学生の方のみ) kg
-----------------------	-----------------------

医療従事者記入欄	水 薬	ID				
	本					
	軟 膏	受診日	月		日	時
	個	体 温	℃	受 付	マ ・ 自 ・ 生	

★ マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？
はい ・ いいえ

受診者	フリガナ			生年月日	大正			
	氏 名				昭和	年	月	日 (歳)
	住 所	(〒 -)						
	電 話	()	-	携 帯	()	-		
来 所 方 法	1. 自家用車 2. タクシー 3. 救急車 4. 徒歩 5. その他 ()							
かかりつけ医			当診療所を受診したことがありますか はい ・ いいえ					

予診票	1. <u>現在の症状で、主にあてはまるもの</u> に ○印 をつけてください ・ 熱 (℃ 時頃) ・ 同居家族のインフルエンザまたはコロナ 有 (5日以内) ・ 咳 ・ 息苦しさ ・ 胸の痛み ・ のどの痛み ・ 鼻水 ・ 頭痛 ・ めまい ・ 血圧 ・ 腹痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ じんましん SpO₂ % その他						
	2. <u>現在、治療中の病気</u> はありますか ある ・ ない ■ 病名 ■ 病院名						
	3. <u>現在、飲んでいるお薬</u> はありますか ある ・ ない ※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては、直近1か月以内の処方薬を除き、記載は不要です。 薬の説明書・お薬手帳などをお持ちの方は、 <u>診察室</u> でお出しください 手帳がない場合は、お薬の名前を書いてください						
	4. <u>今までに大きな病気 (入院・手術)</u> をしたことはありますか ある ・ ない ■ 病名 ■ 何歳ぐらいに						
	5. <u>お薬や食品等でアレルギー反応</u> をおこしたことがありますか ある ・ ない ■ 薬品名 ■ 食品名						
	6. (女性のみ) ある () 週 最終月経 (月 日) 妊娠又は妊娠の疑いがありますか ない 開 始 日						
	7. <u>授乳中</u> ですか はい お子さまは何ヶ月ですか ケ月 ・ いいえ						

※ 詳しい検査および入院はできません。原則的にお薬は1日分となります。お薬のみの受付はできません。

当診療所は診療情報を取得・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。

受付	頭書入力	会計入力	会計処理