

初診時間診票

コード

以下は診察に必要な事柄ですのご記入をお願いいたします。

なおご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

令和 年 月 日

フリガナ				男・女	大正・昭和・平成・令和
お名前					年 月 日 (才)
ご住所	〒	-		電話番号	-
				携帯番号	-
身長	cm	体重	kg	緊急時の連絡先 ※実家・勤務先など	お名前: 続柄: -

① 今日どのような症状で来院されましたか？ 例:おなかが痛い、咳がひどい・・・など

それはいつ頃からですか？ (月 日から / 日前頃から) ◎現在の体温 . °C

② いままで大きな病気をしたことがありますか？

はい (病名:) ・ いいえ

③ 血圧が高いといわれたことがありますか？

はい ・ いいえ

④ 尿に糖がでたことがありますか？

はい ・ いいえ

⑤ 現在服用している薬がありますか？

「おくすり手帳」をお持ちのかたは受付へお出し下さい

はい (薬名:) ・ いいえ

⑥ 毎日の生活についておたずねします

●夜はよく眠れますか はい ・ いいえ ●食事は1日3回食べていますか はい ・ ときどき ・ いいえ

●アルコールはのみますか はい ・ いいえ ●タバコは吸いますか はい ・ いいえ

●尿、便は1日何回ですか 尿(回位)、便(回位 / 日に1回位)

⑦ いままで飲み薬や注射等で具合が悪くなったことがありますか？

はい (薬名:) ・ いいえ

⑧ 輸血や手術を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ

⑨ (女性のかたに) 現在妊娠中または授乳中ですか？

妊娠中(ヶ月) ・ 授乳中 ・ いいえ

⑩ その他医師に伝えておきたいことがありましたらご記入下さい

例:粉薬は飲めない・・・など

()

⑪ マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。

はい ・ いいえ

⑫ 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか。

はい ・ いいえ

⑬ この1年間で健診(特定健診、高齢者健診)を受診されましたか。

はい ・ いいえ

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いたします。◆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)