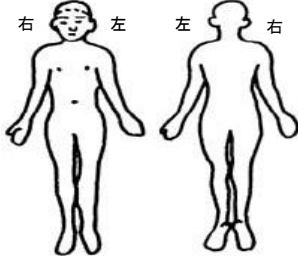


氏名		薬による副作用 無・有( )	
		アレルギー 無・有( )	
年齢	才 男・女	利き手はどちらですか 右・左	
来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください			
<input type="checkbox"/> 紹介状あり	他院・ドック・検診		
<input type="checkbox"/> 発熱	月 日から	最高 度	悪寒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	月 日から	1日 回ぐらい	血液混入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 咳	月 日から	<input type="checkbox"/> 2週間以上続いている	
<input type="checkbox"/> 食欲低下	月 日から		
<input type="checkbox"/> 体重減少	月 日から	Kg減少した	
<input type="checkbox"/> 下痢	月 日から	1日 回ぐらい	血液混入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 腹痛	月 日から	へそ周囲・下腹部	背部痛 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 胃痛	月 日から	黒色便	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 頭痛	月 日から	しびれ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 胸痛	月 日から		
<input type="checkbox"/> 喘鳴(ぜいぜいする)	月 日から		
<input type="checkbox"/> 息苦しい	月 日から		
<input type="checkbox"/> 体のむくみ	月 日から	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> 手背	
<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に海外に行かれましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )		
<input type="checkbox"/> その他	月 日から( )		
			
上記の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
現在内服中の薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無・有			
今までに大きな病気をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )			
今までに手術をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )			
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う 1日平均 ( )本	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 禁煙した ( )年前から
お酒	<input type="checkbox"/> 飲む 1日に飲む量( ) ( )回/週	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 禁酒した ( )年前から
介護保険の申請	なし・あり ( 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )		
女性の方のみ	<input type="checkbox"/> 妊娠 している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 可能性がある		
本日マイナンバーカードの保険証を利用されましたか はい・いいえ			
はいの方 → 「診療情報取得」に同意されましたか はい・いいえ			
現在、他の医療機関に通院されていますか <input type="checkbox"/> 通院なし			
<input type="checkbox"/> 通院中(医療機関 受診日 治療内容 )			
この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受けられましたか (40才以上の方のみ)			
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい * マイナンバーカードの保険証による情報取得に同意された場合省略可能			
※医療者が記入しますので、記入しないでください		身長	cm 体重 Kg
<input type="checkbox"/> 呼	<input type="checkbox"/> 循 <input type="checkbox"/> 消 <input type="checkbox"/> 内 <input type="checkbox"/> 血 <input type="checkbox"/> 他	体温	度 脈拍 回/分 SPO2 %
<input type="checkbox"/> 熱	<input type="checkbox"/> 嘔・下 <input type="checkbox"/> 感染(隔離) <input type="checkbox"/> 一般待合	血圧	/ mmHg 再検 / mmHg

看護師サイン

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・活用することで、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
 初診時には医療情報取得加算がかかります。 加算1：3点 加算2：1点  
 (加算2はマイナンバー保険証による診療情報取得に同意された場合 又は 他院からの紹介状を持参された場合)