

ふりがな

お名前

本日の受付番号

体重:()kg ※受付の体重計をご自由にご利用下さい。

1. あてはまるものにチェックしてください。

- ☐ A. 本人が過去1週間以内に新型コロナウイルス感染症と診断された
- ☐ B. 本人が自宅検査で新型コロナウイルス陽性だった
- ☐ C. 同居家族が過去1週間以内に新型コロナウイルス感染症と診断された
- ☐ D. どれにもあてはまらない

2. 今日、受診された理由はどんな症状ですか？そして、それはいつからですか？

症状（○で囲んで下さい）	いつから？	看護師記載欄
発熱	から	
せき	から	
鼻水・鼻づまり	から	
ゼーゼー・呼吸が苦しい（または苦しそう）	から	
嘔吐	から	
下痢	から	
便秘	から	
腹痛	から	
その他の痛み（場所： ）	から	
ぶつぶつ・ほっしん	から	
鼻と目のアレルギー（花粉症など）	から	
その他（ ）	から	

3. 上記以外の相談でいらっしゃった場合はお書き下さい（簡単でかまいません）。

~~~~~うら面につづきます~~~~~

4. 今回の症状で、すでに他院に受診していますか？

していない・している（病院名： ）

5. 現在内服中のくすりがあれば、わかる範囲でお書き下さい。

（お薬手帳などを持参していただいている場合、マイナ保険証による情報取得に同意していただいた場合は記入不要です）

いつも飲んでいるくすり

（ ）

いつもではないが、今飲んでいるくすり

（ ）

6. 1歳のお誕生日前の方は、生まれた週数と体重などを教えて下さい。

（ ）週、 出生体重（ ）g、 経膣分娩・帝王切開（どちらかに○）

生まれたときになにか問題があった場合はお書き下さい。

→

7. 持病やこれまで大きな病気をされたことはありますか？

ある場合は、診察に必要な情報となりますので、その内容をお書き下さい。

なし・あり（ ）

8. 特定の食物やくすりにアレルギーはありますか？

ある場合は、診察に必要な情報となりますので、その内容をお書き下さい。

なし・あり（ ）

**ご協力ありがとうございました。診察までしばらくお待ちください**

質の高い医療を提供するためには、正確な診療情報を取得・活用することが必要です。

このため当院では、マイナ保険証を利用しやすい体制作りに努めています

ついては、医療情報取得加算・医療DX推進体制整備加算の算定にご理解をお願いいたします。