中学生以下

受付番号	

東はりま夜間休日応急診療センター 診療申込書兼問診票

当セ	当センターを受診したことはありますか。 <u>カルテNo.</u>							
はい	(年	月ごろ)・ い	いえ ・ 不明					
	氏 名	ガナ		記入者名				
受	生年月日	平・令	年 月	日生(歳	ヶ月) 男	・女	
診	「 」左駁反ハ □ 小尚で左先まず □ 中尚の左先まず(イ …を訂すむ願いします)							
者	住所(〒	ー 兵庫県 都 ・ 道 府 ・ 県)					
	電話(携帯		_)(自宅	_	_)	
		 診療の参:	 考にしますので、		ください。			
	ような症状で 熱(鼻水 腹痛 発疹 けい その他(*すか? °C) のど	の痛み 頭痛 吐(回)	せき ・) 下痢(下が腫れる	ゼーゼー	血便)	
その	症状があらわ	れたのは?	月	日 午前	・午後	時ごろから	ò	
今回	の病気で、す	でに病・医院へか	かっていますか	? い	ない ・ いる	1		
かか	りつけの病・国	医院はありますか?	? ない・	ある(病院	・医院)	
現在	使用している	薬はありますか?			薬名の記入はい	りません。)	
お薬	 手帳は持参さ	れていますか?	いいえ・	はい・アフ	プリ ※診察室で	 でお出しくださ	い。	
アレ	ルギーはあり	ますか?	ない・	・薬(ある・食物 ・その((卵 ・牛乳 ・ 他 (小麦)	
_	までにかかっ			= -/1				
		・ぜんそく・			-	-=1	<u>)</u> ,	
	の体重は?				は待合室の体重	【計で測つ(\/	ころい。	
使用	できる薬のか	·			・ 錠剤) 	• .		
	*	その他、異常な	ことがある場合し	は、必す医師に	に申し出てくだ	さい。		
スタ K 7	ッフ記入欄 - -	°C	□ 緊急 メモ	、□隔	離室 🗆	〕検査		
	PO ₂	%				#	イン	
Р		回/分						

- ・当センターはオンライン資格確認システムを導入し、マイナンバーカードによる保険証(マイナ保険証) の利用を推奨しており、医療情報取得加算を算定しております。
- ・当院が患者様からお預かりした受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報は、適切に管理・ 活用して診察いたします。

3点

1点

2点

1点

3点

1点

・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。

令和6年6月~11月

初診時	医療情報取得加算1	(現行の保険証の場合)
	医療情報取得加算2	(マイナ保険証の場合)
再診時	(3月に1回に限り算	定)_
	医療情報取得加算3	(現行の保険証の場合)
	医療情報取得加算4	(マイナ保険証の場合)
調剤時	(6月に1回に限り算	定)
	医療情報取得加算1	(現行の保険証の場合)
	医療情報取得加算 2	(マイナ保険証の場合)

上記にかかわらず他の保険医療機関からの紹介状をお持ちの方は、 診療報酬点数が 1 点となります。

令和6年12月~

初診時 医療情報取得加算	1点
INDEA ENVIRONMENT	2 ////
再診時 (3月に1回に限り算定)	
医療情報取得加算	1点
調剤時(12月に1回に限り算定)	
医療情報取得加算	1点