

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

カルテNo.

来院日時： 年 月 日			
午前 ・ 午後 時 分			
受診者	氏名	フリガナ	記入者名
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生 (歳)	男・女
	住所 (〒)	兵庫県 都・道 府・県	
	電話 (携帯) (自宅)		

診療の参考にしますので、必ずご記入ください。

どのような症状ですか？

熱 (°C) のどの痛み 頭痛 鼻水 痰 咳 呼吸困難 発疹
 腹痛 吐き気 嘔吐 (回) 下痢 (回) 動悸 胸痛 血圧 めまい
 その他 ()

その症状があらわれたのは？ 月 日 午前・午後 時ごろから

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

かかりつけの病・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？ ない ・ ある ()
※お薬手帳を持参の方は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 ※診察室でお出してください。

アレルギーはありますか？
ない ・ ある ・ 薬 ()
・食物 (卵・牛乳・小麦)
・その他 ()

これまでにかかった病気は？

循環器疾患 (高血圧 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症) 呼吸器疾患 (喘息 ・ 肺炎 ・ 結核)
 脳血管疾患 (脳梗塞 ・ 脳出血) 消化器疾患 (潰瘍 ・ 肝炎 ・ 虫垂炎)
 泌尿器疾患 (膀胱炎 ・ 結石 ・ 前立腺肥大症)
 その他 (糖尿病 ・ 緑内障)

※ 女性の方のみ

妊娠していますか？ 妊娠の可能性がありますか？
いない ・ 可能性あり ・ している (週) ・ 授乳中

★ その他、異常なことがある場合は、必ず医師に申し出てください。

スタッフ記入欄

KT	°C
SPO ₂	%
P	回/分

 緊急 隔離室 検査

メモ

--

サイン

--

★ 受付に問診票を出された順に番号札をお渡し致します。

ご記入をお願い致します。

- ① マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ （ はい ・ いいえ ）
- ② 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ （ はい ・ いいえ ）
- ③ この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？
（ はい ・ いいえ ）
- ・実施時期 （ ）
 - ・健診で指摘されたことなどをご記入ください。

[]

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

	マイナンバーを	加算名称	R5年4月～12月	R6年1月より
初診時	利用しない場合	加算1	6点	4点
	利用する場合	加算2	2点	2点
再診時	利用しない場合	加算3	2点	廃止
	利用する場合	—	—	—