

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？	・薬 () ない ・ ある ・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			
<input type="checkbox"/> 緊急		<input type="checkbox"/> 隔離室	
<input type="checkbox"/> 検査			
KT °C	メモ		サイン
SPO ₂ %			
P 回/分			

★ 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	R6年6月より
初診時	利用しない場合	加算1	6点	4点	3点（初診）
	利用する場合	加算2	2点	2点	1点（月1回）
再診時	利用しない場合	加算3	2点	廃止	2点（3ヶ月に1回）
	利用する場合	加算4	—	—	1点（3ヶ月に1回）