

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

当センターを受診したことはありますか。 はい (年 月 日) ・ いいえ ・ 不明		カルテNo. _____		
受診者	氏名	フリガナ	記入者名	
	生年月日	平・令 年 月 日生 (歳 ヶ月)	男・女	
	年齢区分	<input type="checkbox"/> 小学6年生まで ・ <input type="checkbox"/> 中学3年生まで (チェック記入をお願いします)		
	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 せき ゼーゼー 鼻水 腹痛 吐き気 嘔吐 (_____ 回) 下痢 (_____ 回) 血便 発疹 けいれん (本日 _____ 回) 耳の下が腫れる 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 ・ アプリ ※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?	突発性発疹 ・ ぜんそく ・ 熱性けいれん ・ その他 (_____)			
現在の体重は?	(_____ kg) ※わからない方は待合室の体重計で測ってください。			
使用できる薬のかたちは?	(坐薬 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤)			
★ 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）