

# 問診票（かぜ症状時）

看護師記入欄	
SpO <sub>2</sub> =            %	P =            回/分

記入日            年            月            日

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名		性別	男・女	年齢		歳
住所	〒            —			身長		cm
				体重		Kg
電話番号	ご自宅：            —            —		携帯：            —            —			

発熱症状についてお伺いします。該当する項目に☑をつけてください	
発症時期	発症日：            月            日            時（頃）～
熱	<input type="checkbox"/> 発熱（現在：            °C；発熱出現時            月            日            時（頃）～            °C）
症状	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 痰（色：            ） <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> その他（            ）
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 飲み薬・注射薬（薬剤名：            ） <input type="checkbox"/> 食べ物（具体的に：            ）
感染状況	<input type="checkbox"/> まわりに感染者がいる（誰：            いつ：            病名：            ） <input type="checkbox"/> いない
検査の希望	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> コロナ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他（            ）
診断書	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する（別途診断書料¥3,300がかかります）
処方希望する薬（希望に沿えないこともあり）	<input type="checkbox"/> コロナの抗ウイルス薬（※国の公費が終了した為、高額となります） <input type="checkbox"/> インフルエンザの抗ウイルス薬 <input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 鼻水止め <input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> 痰を出やすくする薬 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 喘息の薬 <input type="checkbox"/> 漢方薬 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> うがい薬

喫煙についてお答えください	
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり            （            本/日）（            歳から            年間）
	<input type="checkbox"/> やめた            （            本/日）（            歳から            年間）辞めて（            年）

該当の方のみお答えください	
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり            （何週目：            ）
授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり            （生後：            歳            か月）

裏面のご記入もお願いします

現在治療中の病気のある方は、あてはまるものに☑をつけてください

おかかりの病院名 ( )

高血圧 糖尿病 高脂血症・高コレステロール血症 喘息 心疾患 不整脈

アレルギー性疾患 (鼻 皮膚 眼 喘息) 腎疾患 眼疾患 脳血管疾患

貧血 前立腺肥大症 認知症 癌 (部位: ステージ: )

骨粗鬆症 その他 (病名: )

現在飲んでいる薬についてお答えください

現在飲んでいる薬のなまえ ※お薬手帳をお持ちの方はご一緒に提出してください

①

③

②

④

過去にかかった病気はありますか？また入院や手術はしましたか？

高血圧 糖尿病 高脂血症・高コレステロール血症 喘息 心疾患 不整脈

アレルギー性疾患 (鼻 皮膚 眼 喘息) 腎疾患 眼疾患 脳血管疾患

貧血 前立腺肥大症 認知症 癌 (部位: ステージ: )

骨粗鬆症 その他 (病名: )

手術 なし あり いつ頃: ( ) 原因・治療内容: ( )

入院 なし あり いつ頃: ( ) 原因・治療内容: ( )

来院のきっかけについてお答えください

家が近い 職場が近い 通りがかり 家族や知人の勧め 他の医療機関からの紹介

ホームページ (当院 埼玉県) を見て 電車等の広告を見て

その他 ( )

診察に係わる要望がございましたらご記入ください

例) 漢方薬が欲しい、栄養指導をして欲しい等

マイナ保険証について

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ

当院では、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おります。

正確な情報を・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

◆医療情報取得加算 (初診時)

◆医療情報取得加算 (再診時)

加算1・・・3点 (従来の保険証を利用した場合)

加算3・・・2点 (従来の保険証を利用した場合)

加算2・・・1点 (マイナ保険証を利用した場合)

加算4・・・1点 (マイナ保険証を利用した場合)

※ご協力ありがとうございました