

# 救急部問診票

※ この欄は医療者が記入します

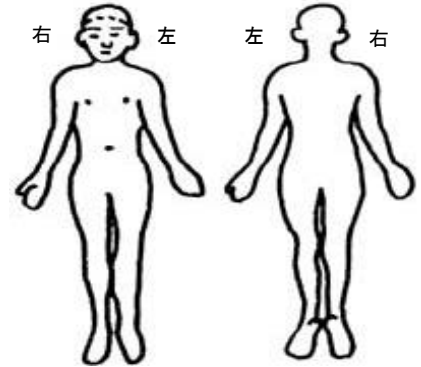
<input type="checkbox"/> 内科 ・ <input type="checkbox"/> 外科 ・ <input type="checkbox"/> その他( )	対応
<input type="checkbox"/> 感染(隔離) ( )	
<input type="checkbox"/> モニタリング ・ <input type="checkbox"/> 医師連絡	
血圧(        /        )mmHg 脈(        /分) 体温(        °C) ※SpO2(        %)	

年 月 日

診察の参考とするため、太枠の質問にお答え下さい

(ふりがな)	(生年月日)	性別: 男 ・ 女
お名前	大・昭・平 年 月 日生	年齢( )歳

1.本日受診された理由について  
(いつ頃から、どの部分が、どのように具合が悪いか具体的にお書きください)



2.アレルギー なし ・ あり( )  
3.薬の副作用 なし ・ あり( )

4.女性の方のみお答えください  
1)妊娠 : している    していない    可能性あり (最終月経 :    年 月 日から)

5.本日マイナ保険証を利用されましたか はい ・ いいえ  
はいの方 → 「診療情報取得」に同意されましたか    はい ・ いいえ

6.他の医療機関からの紹介状はお持ちですか    はい ・ いいえ

7.他の医療機関に通院されてますか    はい ・ いいえ  
はいの方(医療機関名、受診日、治療内容 等 )

8.現在処方されている薬はありますか    はい ・ いいえ  
はいの方(薬剤名、投与期間 等 )  
\* マイナ保険証による情報取得に同意された場合は直近1ヶ月以内の処方薬を除き省略可能

9.これまでに大きな病気にかかったことはありますか(入院や手術を要する)    はい ・ いいえ  
はいの方(病名、時期、医療機関名、治療内容等 )

10.(40才以上限定)この1年間で特定健診・高齢者健診を受けられましたか    はい ・ いいえ  
\* マイナ保険証による情報取得に同意された場合は省略可能

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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
初診時には医療情報・システム基盤整備体制充実加算がかかります。 加算1：4点 加算2：2点  
(加算2はマイナ保険証による診療情報取得に同意された場合 又は 他院からの紹介状を持参された場合)