

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| 氏名   |  | 薬による副作用 無・有( )  |  |
|  |  | アレルギー 無・有( )  |  |
| 年齢   | 才 男・女  | 利き手はどちらですか 右・左  |  |
| 来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 紹介状あり   | 他院・ドック・検診  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 発熱  | 月 日から  | 最高 度  | 悪寒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   |
| <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐   | 月 日から  | 1日 回ぐらい   | 血液混入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| <input type="checkbox"/> 咳   | 月 日から  | <input type="checkbox"/> 2週間以上続いている   |  |
| <input type="checkbox"/> 食欲低下  | 月 日から  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 体重減少  | 月 日から  | Kg減少した  |  |
| <input type="checkbox"/> 下痢  | 月 日から  | 1日 回ぐらい   | 血液混入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛  | 月 日から  | へそ周囲・下腹部  | 背部痛 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  |
| <input type="checkbox"/> 胃痛  | 月 日から  | 黒色便 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   |  |
| <input type="checkbox"/> 頭痛  | 月 日から  | しびれ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   |
| <input type="checkbox"/> 胸痛  | 月 日から  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 喘鳴(ぜいぜいする)  | 月 日から  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい  | 月 日から  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 体のむくみ   | 月 日から  | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 足背 <input type="checkbox"/> 手背 |  |
| <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に海外に行かれましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( ) |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> その他 月 日から( )  |  |   |  |
|                    |  |   |  |
| 上記の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい                   |  |   |  |
| 現在内服中の薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無・有             |  |   |  |
| 今までに大きな病気をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )                      |  |   |  |
| 今までに手術をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )                         |  |   |  |
| タバコ  | <input type="checkbox"/> 吸う 1日平均 ( )本  | <input type="checkbox"/> 吸わない   | <input type="checkbox"/> 禁煙した ( )年前から                      |
| お酒   | <input type="checkbox"/> 飲む 1日に飲む量( ) ( )回/週   | <input type="checkbox"/> 飲まない   | <input type="checkbox"/> 禁酒した ( )年前から                      |
| 介護保険の申請  | なし・あり ( 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )  |   |  |
| 女性の方のみ   | <input type="checkbox"/> 妊娠 している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 可能性がある  |   |  |
| 本日マイナンバーカードの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  |  |   |  |
| 現在、他の医療機関に通院されていますか <input type="checkbox"/> 通院なし  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 通院中(医療機関 受診日 治療内容 )   |  |   |  |
| この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受けられましたか (40才以上の方のみ)   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい *マイナンバーカードの保険証による情報取得に同意された場合省略可能             |  |   |  |
| ※医療者が記入しますので、記入しないでください  |  | 身長  | cm 体重 Kg   |
| <input type="checkbox"/> 呼   | <input type="checkbox"/> 循 <input type="checkbox"/> 消 <input type="checkbox"/> 内 <input type="checkbox"/> 血 <input type="checkbox"/> 他 | 体温  | 度 脈拍 回/分 SPO2 %  |
| <input type="checkbox"/> 熱   | <input type="checkbox"/> 嘔・下 <input type="checkbox"/> 感染(隔離) <input type="checkbox"/> 一般待合   | 血圧  | / mmHg 再検 / mmHg   |

看護師サイン

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、マイナンバー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はマイナンバー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)