

受診日 月 日

外来問診票

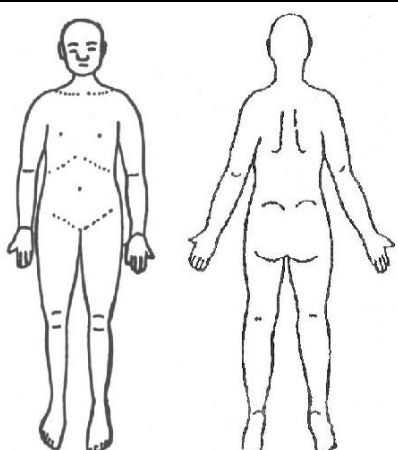
患者 ID ()

※職員記入欄

血圧 (/ mmHg)

脈拍 (/分) 呼吸 (/分)

SPO2 (%) 酸素 無 有

氏名					
身長	cm	体重	Kg	体温	℃
どのような症状ですか	<div style="text-align: center;">  <p>症状の部位に○をしてください</p> </div>				
その症状はいつからありますか					
今の症状のために他の医療機関を受診しましたか					<input type="checkbox"/> した <input checked="" type="checkbox"/> していない 受診時期 医療機関
現在、治療中の病気はありますか					<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 病名
過去に治療や手術をされた病気がありますか	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 病名				
ご自分の病気の告知を望みますか	<input type="checkbox"/> 望む <input type="checkbox"/> 望まない				
継続的に使用されているお薬や健康食品、サプリメントはありますか	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 使用中のお薬など 処方された医療機関				
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし お薬	動物			
	食べ物	その他			
アルコールは飲まれますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 何を 頻度 回/週 量 ml・本・杯				
タバコを吸ったことがありますか	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 喫煙期間 歳~ 歳 本数 本/日				
介護認定を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 介護区分 担当ケア マネージャー				
この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 受診した際に指摘を受けた事項				
(女性の方) 妊娠していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない				
マイナンバーカードの保険証（マイナ保険証）を使用しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
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します。 (医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算 1 : 4 点 (通常の保険証を利用した場合) 加算 2 : 2 点 (マイナ保険証を利用し、医師が確認した場合)					