

かぜ症状で診察・投薬を希望の方へ

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	大・昭・平・令	年	月 日生
住所	〒 -		年齢	満	才
携帯電話	() -	固定電話	()	-	
身長	cm	体重	kg	平熱	℃
車のナンバー		車の色			

○現在治療中の病気はありますか？また、飲んでいるお薬はありますか？

(なし・あり : 以下に○をつけてください)

結核 高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症 腎臓病 喘息 胃潰瘍 肝臓病 甲状腺疾患
緑内障 前立腺肥大 その他 ()

○お薬や食べ物でじんましんなどのアレルギーが出たことはありますか？

(なし・あり : どんなもの出たか以下にご記入ください)

()

○たばこは？ (吸わない・吸う・以前吸っていた : 1日()本・()年間)

○女性の方にお聞きます

現在妊娠中(はい・いいえ) 現在授乳中(はい・いいえ)

○新型コロナウイルスやインフルエンザが疑われた人や場所について身近な心当たりはありますか？

(なし・あり :)

○今回のことで他の医療機関を受診しましたか？

(なし・あり :)

○新型コロナウイルスワクチンの接種回数

(なし・1回・2回・3回・4回・5回・6回・7回 最終接種日: 202 年 月 日)

○昨年10月以降にインフルエンザワクチンは接種しましたか？ (はい・いいえ)

○かぜの詳しい症状をご記入ください

発熱	あり・なし				
いつから	今日	昨日	一昨日	日前	日前
朝	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
昼	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
夜	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C

症状	有・無	いつから	症状	有・無	いつから
頭痛	あり・なし		鼻づまり	あり・なし	
体の痛み	あり・なし		息苦しさ	あり・なし	
だるさ	あり・なし		味・においの異常	あり・なし	
のどの痛み	あり・なし		腹痛	あり・なし	
咳	あり・なし		下痢	あり・なし	
痰	あり・なし		吐き気	あり・なし	
鼻水	あり・なし		嘔吐	あり・なし	
くしゃみ	あり・なし			あり・なし	

○ウイルスの検査を希望しますか

- ・新型コロナウイルスの検査を (希望する・希望しない・相談したい)
- ・インフルエンザウイルスの検査を (希望する・希望しない・相談したい)

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(初診時) ・加算1:2点 ・加算2:なし(マイナ保険証を利用した場合)