

## 診療申込書

REGISTRATION FORM

紹介状・CDをお持ちですか？ DO YOU HAVE A REFERRAL LETTER・CD? <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> CD		No.	受付 DATE	年 YEAR	月 MONTH	日 DAY
フリガナ			旧姓			
患者氏名	FULL NAME (BLOCK LETTERS)		性別 SEX	男・女 M・F		
生年月日 DATE OF BIRTH	1. 大正	3. 平成	年 YEAR	月 MONTH	日 DAY	
	2. 昭和	4. 令和		(	歳) AGE	
現住所 ADDRESS IN JAPAN	〒					
			電話 TELEPHONE No.	( )		
緊急連絡先 AN EMERGENCY ADDRESS	(未成年保護者氏名)	(続柄)	電話 TELEPHONE No.	( )		
勤務先 THE PLACE OF EMPLOYMENT			電話 TELEPHONE No.	( )		
右記に該当する方は○をしてください。			交通事故	・	労災予定	

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 6点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

お願い：診療申込書に保険証を添えてお出してください。

紹介状をお持ちの場合は、診療申込書と保険証に添えてお出してください。

医療法人 三慶会

指扇病院

## 発熱外来 問診票

氏名： 年齢： 歳

来院時の体温  °C酸素飽和度  %

お車でご来院の方のみ記入ください

車種：

色：

ナンバー：

## 1. いつ頃から症状がありますか？下線の部分に記入または○をつけてください。

・ 最初に熱が出たのはいつですか？  月  日  時頃  °C・ 一番高い時は何°Cありましたか？  月  日  時頃  °C・ 発熱は今も持続していますか？  持続している ・  持続していない・ 解熱している場合、いつ頃下がりましたか？  月  日  時頃に解熱した

## 2. 下記の当てはまる項目に○をつけてください

① 味覚・嗅覚障害 ② 頭痛 ③ 咳・くしゃみ ④ 咽頭痛 ⑤ だるさ ⑥ 息苦しさ

⑦ 吐き気 ⑧ おう吐 ⑨ 腹痛 ⑩ 下痢

⑪ その他にも症状があれば、詳しくご記入ください。

(  )

## 3. 今までに新型コロナウイルス感染症にかかったことはありますか？

・ 「いいえ」

・ 「はい」  年  月  日

## 4. 現在、治療中の病気はありますか？

・ 「いいえ」

・ 「はい」  内容

## 5. 現在、飲んでいるお薬がありますか？

・ 「いいえ」

・ 「はい」  内容

## 6. お薬や食べ物にアレルギーがありますか？

・ 「いいえ」

・ 「はい」  内容

## 7. 現在、または過去に喫煙歴がありますか？

・ ある ・ ない

## 8. 妊娠している可能性がありますか？

・ ある ・ ない