

受付	年 月 日		時 分		救急隊
フリガナ			大昭平令		
氏名 (旧姓)				年 月 日生(才)	男・女
住所	〒 —		第一本人連絡先	—	—
施設名 (施設入所の方)	□老健 □その他		第二本人連絡先	—	—
			緊急連絡先	—	—
診療科	内科	外科	脳神経外科	脊椎外科	整形外科
	皮膚科	泌尿器科	眼科	健康診断	依頼
					形成外科 □専門外了承

<他の医療機関からの紹介状はお持ちですか> □なし □あり

CT・MRI 造影 あり・なし

<どのようなご症状ですか>

下記に該当する場合、□に✓を記入してください

□ 37.5℃以上の発熱(℃)

□ せき □ のどの痛み □ 息苦しさ

□ 胸の痛み □ 味覚嗅覚の異常

□ その他風邪症状()

<いつ頃からですか>
年 月 日(時)頃から ・ □不明

<思いあたる原因は何ですか>

□した(回目) □していない

<新型コロナワクチンは接種していますか?>

□した □していない

□不明

<今までにかかった病気等>

□なし □あ □糖尿病 □心臓病 □高血圧 □脳卒中 □ぜんそく

□不明 □り □その他の病気・手術歴・時期・医療機関・治療内容等[]

<アレルギー(体に合わない内服薬、湿布薬、注射、食品等)>

□なし □不明 □あり[]

<現在服用中の薬>

□なし □あ □お薬手帳 □ない □ある

□不明 □り □当院処方 □他院処方 □市販等

[薬剤名:]

<現在、他の医療機関に通院していますか>

□いいえ □はい [医療機関名]

<ペースメーカーの有無> <女性の方へ:妊娠の可能性>

□なし □あり □なし □あり □妊娠中(週 日)

<嗜好品について>

〈酒類〉 □飲まない □飲む [1日量 くらい] 〈たばこ〉 □吸わない □吸う [1日量 くらい]

<マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか> □する(マイナ保険証をご提示ください) □しない

<1年以内に特定健診や高齢者健診を受診しましたか> □受診した □受診してしない

保険種別	保険証	労災	通勤労災	交通事故	生保単独	生保併用	自費
・保険証を添えて受付にご提出ください。(公費受給者証をお持ちの方は併せてご提出ください) ・保険証をお持ちにならない場合は自費扱いとなります。(コピー不可) ・当院では、患者様のお呼出は「お名前」でお呼びしています。ご希望されない方はお申し出ください。 ・当院では、個人情報につきまして適切に保護し管理するよう「個人情報保護方針」を定めております。 詳しくは、院内掲示をご覧になるか、医療相談室にお問合せください。 ・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・システム基盤整備充実加算 マイナ保険証の提示と同意した際の初診料 利用なし(加算1) 4点 利用あり(加算2) 2点							受付者印(サイン)