# 初診申込書及び問診票

（ID：　　）　　申込日　令和　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 受診者 | フリガナ | | 男・女 | 大・昭<br>平・令　　年　　月　　日生<br>歳　　ヵ月 |
| | 氏　名 | | | |
| | 現住所 | 〒　　－<br>大字、字、丁目、番地、マンション名等も正確にご記入下さい。 | | |
| | 電　話 | 自宅　　－　　－ | 携帯　　－　　－ | |
| | 緊急連絡先 | 氏名　　続柄（　　） | 連絡先　　－　　－ | |
| | 宿泊先 | 名称 | 連絡先　　－　　－ | |

◎来院時の体温　　℃　　◎体重　　kg

①風邪症状で受診の方

〇新型コロナ検査希望されますか？（患者負担有り）　（ はい ・ いいえ ）

〇家族等まわりに新型コロナウィルス感染症陽性の方はいますか？　（はい ・ いいえ）

〇家族等まわりにインフルエンザ感染症陽性の方はいますか？　（はい ・ いいえ）

②本日は、どうされましたか？（いつから、どこがどうされましたか？）

③今まで、大きな病気や手術をした事がありますか？

☐ ある　☐ なし　「ある」の方は、具体的に記入して下さい。

④お薬や食べ物、その他アレルギー疾患はありますか？

☐ ある　☐ なし　「ある」の方は、具体的に記入して下さい。

⑤現在、他院で治療中のご病気がありますか？

☐ ある　☐ なし　「ある」の方は、具体的に記入して下さい。

①　　②　　③

⑥下記症状のある方は記入して下さい。

☐咳・鼻水　（　　）日前から　　☐のどの痛み　（　　）日前から

☐発熱　（　　）日前から（　　℃）　☐味覚・嗅覚異常　（　　）日前から

☐全身倦怠感（　　）日前から　　☐呼吸苦　（　　）日前から

※解熱剤・市販薬使用　☐ 有り　☐ 無し　薬品名（　　）

⑦最近(1週間内)、コロナに罹患又は検査をしましたか？（ はい ・ いいえ ）「はい」の方はご記入ください。

医療機関名（　　）検査日（　　月　　日）検査項目（ PCR ・ 抗原 ）結果（　　）

⑧お薬手帳はお持ちですか？

☐ ある　☐ なし

**裏面あり　→**

◎女性の方のみ　ご質問です。

⑨現在妊娠している可能性はありますか？

☐ ある　☐ なし

◎授乳中ですか？

☐ はい　☐ いいえ

記入日　令和　　年　　月　　日

# マイナンバーカードの健康保険証に関する同意書

①「健康保険証利用申込みの済んだマイナンバーカード（以下マイナ保険証）をお持ちですか

「はい」にチェックされた方は②をお答えください　　□はい　　□いいえ

②当院での保険証確認をマイナ保険証で行うことを希望しますか

□はい　　□いいえ

「はい」にチェックされた方は③、④をお答えください

③マイナ保険証での診療情報の取得に同意されますか　　□はい　　□いいえ

④この1年間で「特定健診」又は「後期高齢者健診」（町民健診）を受けられましたか

※39歳以下の方は対象外です　　□はい　　□いいえ

**注意事項**

・マイナ保険証の確認は受付にあるカードリーダーでお願いします。

・マイナ保険証確認端末は各種公費受給者証には対応しておりません。
**必ず受付に原本のご確認をお願いします**

【各種公費受給者証】

子ども医療・母子医療・身体障害者医療・難病医療・特定疾患・精神医療・更生医療・その他医療証等

マイナ保険証の利用や問診票等を通して、患者の薬剤情報・特定健診情報等を
取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。
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。