# 受付問診票

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | 性別 | 男　・　女 |
| 名前 | | | |
| 生年月日 | 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒　　－ | | |
| TEL | ①携帯　　―　　―<br>②自宅　　―　　― | | |
| 緊急連絡TEL<br>（ご家族） | ①携帯　　―　　―<br>②自宅　　―　　― | | |
| 氏名 | （続柄：　　） | | |

マイナ保険証およびオンライン資格（マイナカードの保険証利用）による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お願いいたします。**

あてはまる症状に〇をおつけください

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 熱がある（　　・　　℃） | | 鼻水が出る | | |
| のどが痛い | 咳が出る | 痰（たん）が出る | ゼーゼーする | |
| 痛み（部位　： | | | | |
| 吐き気がする | 吐く | お腹が痛い | 便秘 | 下痢 |
| ドキドキする | 胸が苦しい | 胸が痛い | | |
| めまい | フラフラする | 頭が痛い | | |
| 筋肉痛がある | 身体が痛い | 手が動かない | 足が動かない | |
| 関節が痛い（部位　： | | | | |
| その他の症状 | | | | |
| 症状はいつからですか？ | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| アレルギーはありますか？　（　食物　・　薬　） | はい | いいえ |
| 普段お飲みになっている薬はありますか？ | はい | いいえ |
| 本日、お薬手帳はお持ちですか？ | はい | いいえ |
| １か月以内に海外へ行かれましたか？ | はい | いいえ |
| 女性の方：妊娠はしていますか？ | はい | いいえ |
| 介護申請はされていますか？ | はい | いいえ |