

# 救急部問診票

※ この欄は医療者が記入します

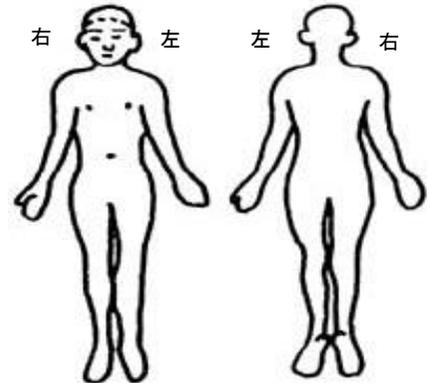
<input type="checkbox"/> 内科 ・ <input type="checkbox"/> 外科 ・ <input type="checkbox"/> その他( )	対応
<input type="checkbox"/> 感染(隔離) ( )	
<input type="checkbox"/> モニタリング ・ <input type="checkbox"/> 医師連絡	
血圧( / )mmHg 脈( /分)	
体温( °C) ※SpO2( %)	

年 月 日

診察の参考とするため、太枠の質問にお答え下さい

(ふりがな)	(生年月日)	性別: 男 ・ 女
お名前	大・昭・平 年 月 日生	年齢( )歳

1.本日受診された理由について  
(いつ頃から、どの部分が、どのように具合が悪いのか具体的にお書きください)



2.アレルギー なし ・ あり( )  
3.薬の副作用 なし ・ あり( )

4.女性の方のみお答えください

1)妊娠 : している していない 可能性あり(最終月経 : 年 月 日から)

## <コロナに関する問診>

・2週間以内に感冒症状・発熱・呼吸困難感・倦怠感はありませんか? なし ・ あり  
・2週間以内に新型コロナウイルスの方や疑いのある方との濃厚接触はありますか? なし ・ あり  
・コロナワクチン接種歴 回目済み( 年 月頃接種した)

5.本日マイナ保険証を利用されましたか はい ・ いいえ  
はいの方 → 「診療情報取得」に同意されましたか はい ・ いいえ

6.他の医療機関からの紹介状はお持ちですか はい ・ いいえ

7.他の医療機関に通院されていますか はい ・ いいえ  
はいの方(医療機関名、受診日、治療内容 等 )

8.現在処方されている薬はありますか はい ・ いいえ  
はいの方(薬剤名、投与期間 等 )  
\* マイナ保険証による情報取得に同意された場合は直近1ヶ月以内の処方薬を除き省略可能

9.これまでに大きな病気にかかったことはありますか(入院や手術を要する) はい ・ いいえ  
はいの方(病名、時期、医療機関名、治療内容等 )

10.(40才以上限定)この1年間で特定健診・高齢者健診を受けられましたか はい ・ いいえ  
\* マイナ保険証による情報取得に同意された場合は省略可能

11.1ヶ月以内に海外に行かれましたか 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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
初診時には医療情報取得加算(1点)がかかります。