

受診申込・問診票(内科)

※職員記入欄 検査(P・D)(携帯無し・旧事務所・車)

氏名	カタカナ	男・女	受付番号(※職員記入欄)		
	漢字				
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日生(歳)
住所	(〒 -)				
持参の 携帯電話番号	番号(- -)持ち主氏名()続柄()				

下記に該当する方はいますか？ (はい・いいえ) 「はい」の方は下記にも○をつけてください
コロナ陽性者 (本人・同居者・付添者)

※本人が陽性の場合の診療は、原則医師による電話診療とさせていただきます。
 携帯電話が鳴りましたら電話に出て下さい。

薬・食品のアレルギー なし・あり() 妊娠(有・無) 授乳(有・無)

体温 °C 体重 Kg 薬手帳(あり・なし) マイナ保険証を利用する

★該当する症状に○をつけてください。一番心配な症状に◎をつけてください。

- () 発熱 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- () 咳 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- () ぜーぜー・呼吸困難 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- () 嘔吐 本日 回・前日 回、月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- () 下痢 本日 回・前日 回、月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- () 腹痛 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から
- () その他() 月 日 朝・昼・夜・ 時頃から

★この症状で医師の診察を受けましたか？ いいえ・はい(月 日 当センター・他院)

★この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受けましたか？ いいえ・はい(月 日)

★現在、内服中のお薬はありますか？ いいえ・はい()

★今まで手術・入院・大きな病気をしたことはありますか？また、定期的に通院している病気はありますか？

なし・あり(悪性腫瘍・慢性呼吸器疾患・慢性腎臓病・心血管疾患・脳血管疾患・喫煙歴・高血圧・糖尿病
 ・脂質異常症・肥満(BMI30以上)・臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その他の事由による
 免疫機能の低下・妊娠)、その他()

★コロナのワクチンは何回目まで接種しましたか？ (0・1・2・3・4・5)

★本日、マイナ保険証を利用する方にお伺いします。診療情報取得に同意しますか？ はい・いいえ

※職員記入欄	<input type="checkbox"/> 酸素使用 (: ~ : 0/分)
<input type="checkbox"/> 処方なし	<input type="checkbox"/> CD 持ち帰り <input type="checkbox"/> CD 後送持参 <input type="checkbox"/> おむつ () 枚

<input type="checkbox"/> 生保 担当 ()	<input type="checkbox"/> 自費 (還付・証明要) ()
<input type="checkbox"/> 保険証なし (忘れ・資格なし)	<input type="checkbox"/> 医療証なし (還付・資格なし・府外)

バーコードシール	保険登録： 保険確認：	泉北急病診療センター
----------	-------------	------------

患者様へ

下記の項目を確認してから、裏面の問診票をご記入下さい。

堺市泉北急病診療センターは、

- 高校生以上のかぜなど内科系の症状が対象であり、ケガ・やけどなどの外科診療は受付しておりません。
- 当センターでは患者さん希望による検査は行っておりません。
- 診察は緊急性があるかどうかの判断を行い、薬が処方される場合は1日分（土曜は2日分）になります。
休み明けには「かかりつけ医」に受診してください。
- 不織布マスクの着用をお願いします。
- 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。
当センターは医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関です。

**※上記項目を確認されましたら右の□に✓を入れて
ください。**