

※ 必ず全ての項目を空白なく記載してください ※

フリガナ
氏名 _____ 生年月日 大昭平令 _____ (_____ 歳)

性別 男 ・ 女 _____ つながりやすい電話番号 (携帯) _____

住所 〒 _____

(未成年の場合) 保護者氏名 _____ 保護者電話番号 _____

保護者住所 〒 _____

① 現在の体温 _____ °C 身長 _____ cm 体重 _____ kg

② 当てはまるものにチェック

妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	妊娠月数	(医療機関 _____)
現在喫煙の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	過去の喫煙歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
基礎疾患の有無	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> 免疫抑制の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
<input type="checkbox"/> なし			

③ 症状の有無 なし / あり (下に記入)

<input type="checkbox"/> 咳	(_____ 月 _____ 日から出現)	<input type="checkbox"/> 頭痛	(_____ 月 _____ 日から出現)
<input type="checkbox"/> 発熱(_____ ~ _____ °C)	(_____ 月 _____ 日から出現)	<input type="checkbox"/> 嘔気/嘔吐	(_____ 月 _____ 日から出現)
<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	(_____ 月 _____ 日から出現)	<input type="checkbox"/> 喉の痛み	(_____ 月 _____ 日から出現)
<input type="checkbox"/> 呼吸苦	(_____ 月 _____ 日から出現)	<input type="checkbox"/> 結膜炎	(_____ 月 _____ 日から出現)
<input type="checkbox"/> 味覚・臭覚異常	(_____ 月 _____ 日から出現)	<input type="checkbox"/> 鼻水	(_____ 月 _____ 日から出現)

④ その他の症状 あれば書いてください (_____ 月 _____ 日から出現)

⑤ 周囲にコロナ感染者・疑いの方がおられますか はい / いいえ

⑥ 新型コロナワクチン予防接種 接種回数 _____ 回
最終接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (製造会社 _____)

⑦ マイナ保険証 (マイナンバーカード保険証紐づけ) による診療情報取得に同意されますか?
はい ⑧へ ・ いいえ

⑧ この一年間で特定健診を受診されましたか?
いはいえ ・ はい(受診時期 _____ 頃 指摘事項など _____)

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・システム基盤整備体制充実加算

マイナ保険証を利用しない場合…初診時 加算 1 6点 (再診時加算 3 2点 (1ヶ月に1回))

マイナ保険証を利用する場合……初診時 加算 2 2点