

◎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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

お名前

体温

°C

◆ マイナ保険証の方は、診療情報取得に同意しましたか？

はい ・ いいえ

◆ 1週間以内で発熱はありましたか？

いいえ

はい → 月 日 °C

◆ 本日は以下の症状はありますか？

いいえ

はい → 月 日

喉の痛み

頭痛

咳・ゼ -ゼ -ヒュ-ヒュ-

腹痛・下痢

痰

体のだるさ

鼻水

胸の痛み・息苦しさ

他の症状 ()

◆ 本日は 定期的な診察・検査 検査結果を聞く

その他 ()

【スタッフ記入欄】

・ 他院処方薬に変更・追加などはありますか？ はい ・ いいえ

・ 1年以内に健診(特定健診、高齢者健診に限る)を受診しましたか？ はい ・ いいえ

電話番号

BP: / mmHg

(-)

P: /分 整 ・ 不

車のナンバー

SpO2 %

◆ 新型コロナウイルス感染症の自主検査をしましたか？ **いいえ**
はい → 月 日 【陽性・陰性】

◆ 本日のご希望の検査の（ ）に○をつけてください

() インフルエンザ抗原検査

() コロナウイルス抗原検査

() コロナウイルスPCR検査

※PCR検査結果は明日以降になります

() 検査希望なし

◆ 電話番号をご記入ください

(- -)

◆ 車でご来院の方は車のナンバーをご記入ください

(ナンバー：)

【スタッフ記入欄】

KT : °C P : /分 整 ・ 不

BP: / mmHg SpO2 %