

発熱・感染症の有無を確認します。

現在、発熱はありますか？ なし あり(. °C)

以下の症状はありますか？

味覚異常 嗅覚異常 倦怠感 特になし

ご自身の周囲方に感染症の方はいますか？

いない いる(続柄) 不明

マイナ保険証・保険情報

- マイナ保険証利用
- 健康保険証持参
- 労災 交通事故 自費診療

当院ではマイナ保険証利用による厚生労働省のガイドラインに基づきDX化による情報取得活用を実施しています。(電子的診療情報連携体制整備加算 (2) を取得)

既往歴についてお伺いします。

今までにかかった病気

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 心臓病 |
| <input type="checkbox"/> 脳卒中 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| <input type="checkbox"/> がん(部位 |) | | |
| <input type="checkbox"/> その他(|) | | |
-

手術歴 なし あり(時期: 才)

現在服用中のお薬

- なし
- あり (お薬手帳をお持ちの方は受付へご提示ください)
- ()
-

アレルギーはありますか？

- なし
- あり ありの場合は具体的にお書きください。()
-

女性の方へ

現在妊娠中ですか？

- いいえ はい (週目) 可能性あり
-

ご記入ありがとうございました。受付へお渡してください。