

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな

お名前： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg 来院時体温： \_\_\_\_\_ °C

今日はどのようなことで来院されましたか？ \_\_\_\_\_

月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ ごろから

【発熱など急性症状でおかかりの方】

- \* ご本人以外で、発熱のある方、または数日以内に発熱があったご家族がいますか？（はい・いいえ）
- \* 新型コロナウイルス感染症に罹患したことがありますか？（はい； \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月・いいえ）

※代理の方がご記入された場合は→ 問診票記入者： \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)

【マイナ保険証について】 本日はマイナンバーカードでの保険証確認をしていますか？（はい・いいえ）

はいの方 ⇒ 本日はマイナンバーカードでの診療情報取得に同意していますか？（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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。