

( )

氏名:	年齢	歳(男・女)	自宅・入所施設( )
職業:	身長:	cm	体重: kg
体温	°C	脈拍	回/分
血压( / mmHg)	SpO2	%	

1. 現在いちばんつらい症状・診察を希望する症状は何ですか？

発熱・咳・嘔気・嘔吐・下痢・腹痛・頭痛・めまい

だるさ・息苦しさ・胸苦しさ・脱力感

いつ頃から( 月 日頃)どのような症状がありましたか？

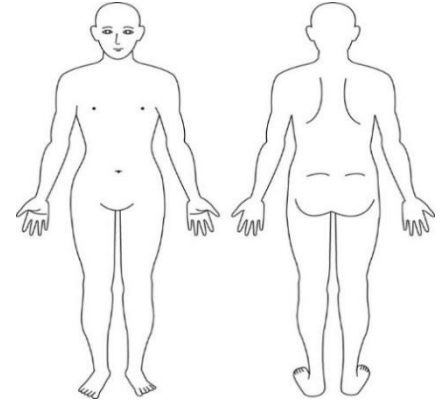
( )

現在も症状はありますか？

( )

その症状で他の病院に行きましたか？(はい・いいえ)

( )



2. 今日から2週間以内に発熱・かぜ症状等がありましたか？(あり・なし)

ある場合はいつごろからですか( 年 月 日 AM・PM 時頃から 体温 度)

(発熱・咳・息苦しさ・のどの痛み・鼻水・味覚・匂いを感じない) ○をつけて下さい。

3. 現在水分・お食事はとれていますか？(はい・いいえ)

4. 今までにかかった病気があれば、○をつけて下さい。

高血圧・糖尿病・心臓病・消化器疾患・喘息・脳卒中(麻痺 右・左)・気分障害など

その他の病気( )

5. 今まで受けたことがある手術に○をつけて下さい。

頭やお腹の手術等・ペースメーカー挿入・乳房の手術(右・左)・シャント造設(右・左)

胃ろう造設 その他の手術( )

6. 介護保険について選んで下さい【なし・あり(要支援1・2・要介護1・2・3・4・5)・申請中】

7. 薬や食べ物などのアレルギー(あり・なし)

内容( ) アルコール消毒は可能ですか？(はい・いいえ)

8. 服用しているお薬(ピル、サプリメント等を含む)はありますか？(はい・いいえ)

\* はいと答えた方は診察時にお薬手帳のご提示、またはお申し出ください。

9. タバコは吸いますか？

①吸わない ②吸っていたがやめた(1日 本 年前まで)

③吸っている(1日 本 才から)

10. お酒は飲みますか？

①飲まない ②たまにしか飲まない(月に 回程度)

③よく飲む(1日に酒 合/ ビール ml /ウイスキー 杯)

11. お付き添いの方はいますか？(はい・いいえ) ご関係( )

12. 女性の方へ

現在生理中ですか？(はい・いいえ)

現在妊娠中ですか？(はい・いいえ) 現在授乳中ですか？(はい・いいえ)

13. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

なし あり(受診時期: 年 月頃) (指摘事項: )

14. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？(はい・いいえ)

裏面へ

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（初診時） 加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

トリアージ

青 緑 黄色 赤 → ( ) 医師報告 看護師 ( )

内科優先受診 他科受診( )科 救急外来対応

帰宅前ルート抜去確認  看護師 ( )