**問　診　票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　年 　月　 日 |
| 氏　名 | ( 女 ・ 男 ) | 電話番号 | ( ) |
| 住　所 | 〒(　　　) – (　　　　)□横浜市鶴見区( )□上記以外( ) |

【最初に】　　風邪・熱症状ある方　→　体温 ( ℃)

血圧症状で診察の方　→　血圧 ( 　 / 　 [ 　])

１２歳以下の方　　　→　体重 ( kg)

該当する項目に☑印をつけ、当てはまる欄をご記入ください

1. **本日の受診理由**

□健康診断で受診が必要と判定された

　　□他の医療機関の定期通院から当診療所へ変更希望

　　□相談したいことがある(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

　　　□具合が悪い

　　　　いつから( 　月　　日ごろから)

　　　　**症状**　□せき　　　□たん　　　□鼻水　　　□のどの痛み　□熱　　　□頭痛　　　□腹痛

□下痢　　　□吐き気　　□体重減少　□その他 ( )

**②今回の症状で他の医療機関を受診している** 　□いいえ　□はい

　　 “はい”の場合、治療・投薬内容 ( )

**③当院で調べて欲しいこと検査・治療における要望がある** 　　　□いいえ　□はい

　　 “はい”の場合、要望内容 ( )

**④薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがある** 　□いいえ　□はい ( )

**⑤女性の方へ　妊娠している可能性がある** 　 　□いいえ　□はい

**⑥現在、他の医療機関で治療を受けている病気・既往症がある**　　□いいえ　□はい ( )

**⑦現在、服用中の薬がある** 　　□いいえ　□はい ( )

　　　　※薬の内容が分かれば医師へお見せください　(例：お薬手帳・薬剤情報提供書・薬の現物など)

**⑧当院をどのように知りましたか**

　　　□インターネット　　　　□近所でみかけた　　□家族が来院したことがある

　　　□紹介　□その他 ( )

[“地域包括診療加算”について]

当院では、**高血圧症・認知症・脂質異常症・糖尿病**の症状がある患者様には、健康診断の提案・推奨を行っております。上記症状のうち、二つ以上の症状が当てはまる患者様には、地域包括診療加算を算定させていただいております。