

医師	
----	--

アイカ	
-----	--

カルテNo.				

保険証受付・マイナ受付
81・85・80・12・他()

診療受付カード

(患者様記載欄) **太黒枠内のみご記入下さい** 受診時体温 ℃ SpO₂ %, P

受診者	フリガナ		性別	体重			
	氏名		男・女	kg			
	生年月日	大・昭・平・令： 年 月 日 (満 歳 カ月)		車来所の場合(ナバ-)			
	現住所	郵便番号 (-)		4桁			
		本日連絡の取れる携帯電話 (- -)					
来所方法	自家用車・タクシー・徒歩・電車・バス・救急車・その他()						

主な症状を○で囲んでください

発熱(℃) 頭痛 のどの痛み せき 鼻水 胸痛 腹痛 げり 便秘 はく・はきけ めまい 動悸 息苦しい ぜんそく 発疹(ほっしん) その他) <input type="checkbox"/> 自宅で(コロナ・インフル)検査で陽性 <input type="checkbox"/> 同居人に(コロナ・インフル)の陽性者がいる	※その他の症状の方はこちらにお書き下さい
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

・その症状はいつ頃からですか (今日・昨日) ・ (午前・午後) 時頃から ・ 月 日から	
・今までに大きな病気にかかったことはありますか	いいえ・はい 病名 ()
・現在、治療中の病気はありますか	いいえ・はい 病名 ()
・薬・注射・食物などでアレルギーはありますか	いいえ・はい 薬 () 食物 ()
・使用しているお薬はありますか *お薬手帳があれば看護師にご提示下さい	いいえ・はい 薬の名前 () () ・わからない
・かかりつけのお医者さんはいますか	いいえ・はい 区 医院・病院
・女性の方) 現在妊娠、または授乳はしてありますか	いいえ・はい 妊娠中 (週) ・ 授乳中 ・ 不明
・この1年間で健診(特定健診・高齢者健診)を受けましたか	いいえ・はい
・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか(※裏面参照)	いいえ・はい

(医師記載欄)

疾病分類		救急度	救 ・ 普 ・ 不	処方有無	有 無
------	--	-----	-----------	------	-----

(検査・処置指示欄)

項目	項目	✓	項目	✓	項目	✓
・インフル検査(有・無)	・SpO ₂		点滴・注射			
結果(A・B・臨・陰)	・心電図		・坐薬処置			
・コロナ検査(有・無)	・尿検査		・浣腸			
結果(陽・臨・陰)	・オムツ(100・200)		・吸入			
・溶連菌検査(+ ・ -)						
・RSV検査(+ ・ -)						

紹介状	転送	翌日以降	診断書	罹患証明書
容器代等	円	自費	円	
点数	点	総額	円	

受付日時		時	分
------	--	---	---

※裏面もご確認下さい。

都筑区休日急患診療所 (R7年4月版)

その他

シール貼付欄

○マイナ保険証利用に関して

- ① オンライン資格確認は、院内に設置する「カードリーダーを繋いだパソコン（資格確認端末）」と、社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）・国民健康保険中央会が運営するオンライン資格確認等システムをオンライン接続することで、患者の即時の保険資格確認という基本的な機能が利用できます。
さらに、資格確認端末と既存の院内システムを連携することで、レセコンに患者の保険資格情報などを取り込むことや、**患者同意の元に電子カルテで様々な医療情報を閲覧することが可能**となります。
- ② 当医療機関では、令和4年10月1日より新設された「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」に基づき、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。
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。