

受付日時

令和 8 年 月 日 時

カルテNo.

アイチケットNo.

マイナ受付・保険証受付

診療受付カード

81・85・80・12・他()

(患者様記載欄) 太黒枠内のみご記入下さい

受診者	フリガナ	休日診療 夜間診療では 使用できません	性別	体重	付添人の有無
	氏名		男 ・ 女	※14歳以下 _____ kg	1. いる () 2. いない
	生年月日・年齢	大・昭・平・令 : _____ 年 月 日 (満 _____ 歳 _____ カ月)			待機場所(看護師記載)
	住所	郵便番号 (-)			受診前 待合室・車・
					受診後 待合室・車・
		車のナンバー4 桁を左に記			
本日連絡の取れる携帯電話 (0 - -)					
来所方法 自家用車 ・ タクシー ・ 徒歩 ・ 電車 ・ バス ・ 救急車 ・ その他()					

症状を○で囲んでください

発熱(℃) 頭痛 咽頭痛(のどの痛み)	受診時体温	℃
せき 鼻水 胸痛 腹痛 げり	新型コロナウイルス抗原検査 希望あり・希望なし	
はく・はきけ めまい 動悸・息切れ	インフルエンザ抗原検査 希望あり・希望なし	
ぜんそく 発疹(ほっしん) 息苦しい	自宅で検査キットでの判定 判定あり・判定なし	
その他()		

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

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
他の医療機関からの紹介状を持っていますか	いいえ・はい	区	医院・病院
この1年間で健診(特定健診・高齢者健診)を受けましたか	はい ・ いいえ		
薬や注射、食べ物などのアレルギーはありますか	いいえ・はい	薬・食べ物の名前 () ・ わからない	
今日は薬を飲んでいますか	いいえ・はい	薬の名前 () ・ わからない	
今までに、どんな病気にかかったことがありますか			
新型コロナウイルス罹患者と接触歴はありますか	いいえ・はい	いつ頃か ()	
過去1ヶ月以内の渡航歴はありますか	いいえ・はい	国名 : 期間 :	
女性の方、現在妊娠、または授乳はしていますか	妊娠中 (週) ・ 授乳中 ・ どちらでもない		

(医師記載欄) (医師名)

疾病分類

L v

1 ・ 2 ・ 3

救急 普通 不急

処方有無

有 無

発熱患者等対応加算

検査有 小学生以上
37.0℃以上 未就学児
37.5℃以上 無

(検査・処置指示欄)

項目	NSサイン	項目	NSサイン	項目	指示書	NSサイン	その他
Flu検査 (当院・自宅)		SpO ₂		点滴・注射			
結果 (A・B・陰・臨)		血液検査 (静・毛)		坐薬処置			
Covid-19 (当院・自宅)		血糖検査 (静・毛)		浣腸			
結果(陽・陰・臨)		心電図		ネブライザー			
溶連菌検査		尿検査					
RSV・アデノ検査		吸引					
		摘便		院内トリアージ			
お薬内容の持参 有 ・ 無 (薬 ・ お薬手帳 ・ 薬説明書)				シール貼付欄			
紹介状	(転送・翌日以降)		病院				

(受付記載欄) ※容器代等含まず

点数	点	金額	円	加算区分	～22時まで 特例 休日 深夜	22時以降
----	---	----	---	------	-------------------------	-------