

小嶋医院オンライン(電話)問診票

FAX 079-590-2356

記入日 令和 年 月 日

希望する診療科 内科・整形外科・小児科 (併科希望の方は各科別の対応となります。)			
あなたのオンライン(電話)診察の予約時間は 月 日 () 時 分頃です			
当院に来院されたことはありますか? はい・いいえ はいの方は下のID番号(診察券番号)をご記入ください			
ID番号	フリガナ	男・女	歳
	氏名	生年月日	昭/平/令 年 月 日
住所	〒	当院にかかられたことのあるご家族氏名	
携帯番号		自宅電話番号	
勤務先			

保険証に関して (わかる範囲でご記入ください)

* 個人情報は当院にて診療目的以外で利用することはありません

国民健康保険 又は 社会保険の方	変更なし	←変更なければここを○			
保険者番号	記号	番号	有効期限(ある方のみ)	世帯主	本人・家族
			令和 年 月 日		
後期高齢者の方					
保険者番号	記号	番号	有効期限(ある方のみ)		
			令和 年 月 日		

各種受給者証 (お持ちの方は○をしてください)

乳幼児医療費受給者証 ・ こども医療費受給者証 ・ 母子医療費受給者証 ・ 重度障害者医療費受給者証					
負担者番号		受給者番号		一部負担金	円 有効期限 令和 年 月 日

問 診

現在の体温	℃	発熱	時間前/	日前から	最高	℃
周りに新型コロナウイルスが疑われる人がいらっしゃいますか? あり・なし						
周りにインフルエンザの人がいますか? あり・なし			周りに発熱してる方はいらっしゃいますか? あり・なし			
咳・のどの痛み・鼻水・下痢・むかつき・発疹・頭痛・めまい・胃痛・その他()						
いつからですか 今日・ 日前から						
何か気になることはありますか						
当院以外で処方されているお薬はありますか? あり・なし →ある方()						

◆お薬の受け渡しについて (下記の中からお希望に○してください)

当院に来院 ・ 郵送(一律¥500の送料要) ・ 院外処方(処方箋薬局)

◆お支払いについて (下記の中からお希望に○してください)

※手数料は患者様負担でお願いします

来院して支払い(後日) ・ 振り込み (診察日から2週間以内に下記口座へお振り込みください)

<振込先> 中兵庫信用金庫 篠山支店 (普)0680274 医療法人社団 小嶋医院 理事長 小嶋 敏誠

医療法人社団 小嶋医院

TEL:079-590-2350

FAX:079-590-2356

※ご来院の際は保険証をご持参ください