

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 (下記の中からご希望に○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 (下記の中からご希望に○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