

年 月 日

問診票

医療法人 仁桜会

診察を円滑にするため全てご記載ください。個人情報保護法に基づき個人情報は診療以外に使用しません。

| | | | | | | |
|---|---------------------------|----|-------------|-----------------|------|---------|
| ふりがな | | | 男 ・ 女 | 大・昭・平・令 年 月 日 | | |
| お名前 | | | | 年 齡 | 才 | 職 業 |
| ご住所 | 〒 — | | | ご自宅の電話番号 — — | | |
| 体重 ※お子様は必ずご記載下さい | | kg | 体 温 | °C | お薬手帳 | あり ・ なし |
| 処置の正式名称や保険点数などを記載した『明細書』はご希望されますか? ⇒ はい ・ いいえ ※明細書は資源削減の観念から希望者のみに発行しております | | | | | | |
| 女性の方 | 妊娠していない ・ 妊娠している ⇒ (妊娠週目) | | | 現在授乳中 | | |

① 本日はどのような症状、目的でご受診されましたか？

| | |
|--|--|
| いつから () | ※だいたいでも大丈夫ですのでお書きください |
| 鼻 (両・右・左) (透明鼻汁 黄色鼻水 鼻詰まり 痛い 鼻血 変な臭いがする 呪いが分からない) | |
| 耳 (両・右・左) (耳掃除希望 かゆい 痛い 聞こえが悪い 耳だれ 耳鳴「 」 めまい) | |
| 喉 (両・右・左) (イガイガする 痛い 違和感 痰が絡む 咳 飲み込みづらい 息苦しい 声がれ) | |
| その他(具体的にお書きください) | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">花粉症の方は欲しいものに○をしてください</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">内服薬 ・ 点鼻薬 ・ 点眼薬</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">コンタクト 使用している ・ していない</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">処方希望の薬 ()</div> <p>※ある方のみ</p> |

② 現在治療中の病気、過去に1度でも治療した病気、手術歴のある病気があれば○をしてください。

中耳炎 外耳炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 副鼻腔炎 扁桃炎 めまい 耳鳴 高血圧 喘息 糖尿病
アトピー性皮膚炎 鬱病 統合失調症 前立腺肥大 緑内障 肝炎(B型・C型) 腎臓病 心臓病 HIV
その他 ()

③ 現在飲んでいるお薬、使用しているお薬はありますか? ⇒ ない ・ ある

薬の名前 ()
医療機関名 ()

④ 花粉や食べ物などのアレルギー、または使用して具合が悪くなった薬があれば記入してください。

ない ・ ある ()

⑤ (10歳以下の子供のみ)処方される薬の希望形状はありますか? ※シロップは4歳までです

粉薬 シロップ 錠剤 特になし

⑥マイナ保険証による情報取得に同意しましたか? (※マイナンバーカードをご利用の方のみ)

はい ・ いいえ

*当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療に努めています。

正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。