

【 問 診 票 】

※ 入口での体温を記入してください。

受診日 年 月 日

	℃
--	---

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
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します。
★医療情報システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算①4点加算・②2点（マイナ保険証利用時）

※マイナンバーカードによる情報取得に（同意する・同意しない）

ふりがな 氏 名	男・女	★12歳以下の方	体重	k g
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 （ 歳）				
住 所 〒				
携帯番号（ ） -		電 話（ ） -		

(1) お薬・食べ物などで、アレルギーが出たことはありますか？

ない ある（ 解熱鎮痛剤 抗生物質 麻酔薬 食物アレルギー その他）

特定のものに分かれれば記入して下さい（ ）

(2) どこが悪くて来られましたか？

◎ 耳（右・左・両）

耳が痛い 耳鳴り
 耳がかゆい めまい
 耳だれ
 聞こえが悪い
 その他（ ）

◎ 鼻

鼻水 鼻血
 鼻づまり におい
 くしゃみ いびき
 APC希望（アルゴンプラスマ凝固法）
 その他（ ）

◎ のど

のどが痛い
 せき・たん
 異物感
 声がかすれる
 その他（ ）

◎ その他の症状（ ）

(3) いつ頃からですか？

★10分・10分の検査を希望されますか？ する ・ しない

今日 ・ _____ 日前 ・ _____ ヶ月前 ・ _____ 年以上前 ・ わからない

(4) 現在、薬を飲んでいますか？ はい いいえ

他院から処方されているすべての薬（ ）

☆お薬手帳をお持ちでしたら、お出し下さい。

(5) 今までに次の病気や治療をしたことがありますか？

ある ない

心臓病 高血圧 肝臓病 腎臓病 糖尿病 喘息 胃 緑内障 白内障

手術を受けたことがあれば記入してください。（ ）

(6) 女性の方へ・・・現在、妊娠していますか？

いる _____ ヶ月 いない よくわからない 授乳中

★当院を何でお知りになりましたか？（複数可）

ネット・ホームページ 家族が通院・受診 知人から紹介
 他の医療機関から紹介 三島中央病院から サイラククリニックから R 年 月 頃
 看板・広告を見て 通りすがり（買い物中） その他（ ）