

【 問 診 票 】

※ 熱がある方は、体温計をお渡しします

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。

処方箋形態（電子処方箋・紙の処方箋）★薬局が電子処方箋対応か確認してください。

ふりがな 氏 名	男・女	★12歳以下の方 体重	kg
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）

特定のものが分か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 耳そうじ
 聞こえが悪い

◎ 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）
 無呼吸検査希望

◎ のど

のどが痛い
 せき・たん
 異物感
 声がかすれる

アレルギー検査希望

舌下免疫療法希望（新規・継続 検査結果をお出し下さい）

ｺﾞｯﾀ抗原検査

ｲﾝﾌﾙ検査 熱 度

ｺﾞｯﾀｲﾝﾌﾙ検査両方

(3) いつ頃からですか？

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 サイラクリニックから
 看板・広告を見て 通りすがり（買い物中） その他（ ）