

受付・問診票

ふりがな _____ 男・女 _____ 受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名 _____ 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 _____ 生年月日 T.S.H.R _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所 _____ 電話番号 _____
体重 _____ kg 体温 _____ °C 職業 _____

1. 今日どのような事で来院されましたか？

2. 下記の症状について該当するものに○をつけてください。

(1) 耳について

耳痛 (右・左) 耳だれ (右・左) 耳のかゆみ (右・左) 耳鳴り (右・左)
聞こえが悪い (右・左) ふさがった感じ (右・左) その他 ()
いつからですか？ ()

(2) 鼻について

水っぽい鼻水 色のついた鼻水 くしゃみ 鼻づまり においがしない
鼻血がでる (右・左) ほぼが痛い 頭が重い その他 ()
いつからですか？ ()

(3) のどについて

のどが痛い 声がかれる 痰がでる 咳がでる 違和感がある
味がしない いびきをかく つまったかんじ その他 ()
いつからですか？ ()

(4) めまいについて

ぐるぐるまわる ふらふらする 吐き気 肩こり 頭痛 手足のしびれ
いつからですか？ () どのくらい続きましたか？ ()
以前にもありましたか？ ()

3. 現在のんでいるくすり ない あり ()

4. 今までにした手術や大きな病気 ない あり ()

5. 薬による副作用の経験 ない あり 薬の名前() 症状()

6. 卵・牛乳のアレルギー ない あり

7. 妊娠の可能性 ない あり () ヶ月) 8. 現在授乳中ですか？ いいえ はい

9. 熱性ケイレンをしたことがありますか？ ない あり

10. 薬の形の希望 特になし・シロップ・粉・錠剤・カプセル・その他 ()

11. 他の医療機関からの紹介状 なし あり

12. 他の医療機関への通院 なし あり

13. (※40歳以上の方) この1年間で特定健診を受けたことが ある ない

14. (※マイナンバーカードで受付された方のみ)

マイナンバーカードによる診療情報の取得に同意しますか？ する しない

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いたします。