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	日生
お名前			年齢	才	職業	
ご住所	〒	—	ご自宅の電話番号			
			— —			
				携帯電話番号		
				— —		
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？⇒ <u>はい ・ いいえ</u>						
※明細書は資源削減の観点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						

★ 症状はいつからですか？ (年 月 日から) ※おおよそでもお書きください。

鼻 (両・右・左) (透明鼻汁 黄色鼻汁 鼻詰まり 痛い 鼻血 変な臭いがする 匂いが分からない)

耳 (両・右・左) (かゆい 痛い 聞こえが悪い 耳が詰まる 耳だれ 耳鳴「低音・高音」)

喉 (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)

めまい (ふわふわ ぐるぐる 吐き気 ある・ない)

その他(具体的にお書きください)

花粉症の方は欲しいものに○をしてください

内服薬・点鼻薬・点眼薬 (コンタクト使用 あり・なし)

処方希望の薬 () ※ある方のみ

- 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はありますか？⇒ ない ・ ある ※お薬手帳を受付に預けた方は、薬名の記入は結構です
 薬の名前 ()
 医療機関名 ()
- ④ キシロカインアレルギー (歯科などでの局所麻酔で体調不良) ない ・ ある
- ⑤ 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 ()
- ⑥ 喫煙 なし ・ あり (1日 本、 歳から) 過去に喫煙あり (歳で禁煙)
- ⑦ (10歳以下のお子様のみ)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
- ⑧ 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お願いいたします。