

年 月 日

問診票

医療法人 仁桜会

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日	
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		
(女性の方のみ) 妊娠していない ・ 妊娠している⇒ (妊娠 週目) ・ 現在授乳中				
『明細書』をご希望されますか? ⇒ はい ・ いいえ				

※明細書とは詳しい処置の正式名称と保険診療にかかっている保険点数の内訳を記載したものです。

確定申告の際の医療費控除は領収証で可能であるため、紙資源削減の観点から希望者のみに発行しております。

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 ()
(右・左・両) 鼻 (透明の鼻水 黄色の鼻水 鼻がつまる 鼻血 臭いがわからない 鼻が痛い)
(右・左・両) 耳 (耳掃除希望 耳が痛い 聞こえが悪い 耳だれ 耳鳴 めまい)
(右・左・両) のど (のどが痛い のどの違和感 咳が出る 痰が絡む 声がかすれる)
その他(具体的に書きください)

② 過去または現在治療中の病気、手術歴のある病気はありますか？

中耳炎 副鼻腔炎 アレルギー性鼻炎 めまい 高血圧 心臓病 喘息 糖尿病 緑内障 がん
うつ病 統合失調症 そのほかの精神疾患 前立腺肥大 腎臓病 B・C型肝炎 HIV
その他 ()

③ 現在内服中のお薬があれば記載してください。※お薬手帳をお持ちの方は受付に見せてください。

薬 の 名 前 ()
医療機関名 ()

④ アレルギーはありますか？(お薬、食べ物、アルコールなど)

なし ・ ある ()

⑤ (小学生以下のみ) 処方される薬の希望形状があれば教えてください。

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？(マイナ保険証をご利用の方のみ)

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。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。