問　診　票

受付　令和　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日	大・昭 平・令　　年　　月　　日		
お名前		年　齢	歳　　ヶ月	性　別	男・女
現住所	〒	自宅 No.			
		携帯 No.			
		身長	cm ・ 体重		kg

◆ マイナ保険証による受付を行いましたか？ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　はい ・ いいえ 】

→「はい」と答えた方…マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？・・・【　はい ・ いいえ 】

◆ ほかの医療機関からの紹介状を持っていますか？・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　はい ・ いいえ 】

◆ この１年で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？・・・・・・・・【　はい ・ いいえ 】

① 今日はどんなことで受診されますか？

・ いつ頃から 〔　　〕 ・ どこが 〔 右耳・左耳・のど・鼻・その他（　　）〕

・ どうしましたか

〔　　〕

【以下、<u>希望するもの</u>があれば〇印をつけてください】

・ 花粉症治療　　・ いびき・睡眠時無呼吸症候群精査　　・ 禁煙治療

② 花粉症の治療を希望される方にお聞きします。

・ まだ症状はないが季節前投薬を希望する　　・ 以前と同じ薬を希望する

・ 花粉症の症状が出始めている　　・ 目薬希望　コンタクト使用 【 あり ・ なし 】

③ 以前なった、もしくは治療中の病気がありますか？（該当するものにすべて〇印をつけてください）

・ 高血圧症	・ 緑内障	・ アトピー性皮膚炎	・ その他
・ 糖尿病	・ 前立腺肥大	・ アレルギー性鼻炎	〔　　〕
・ 心臓病	・ 喘息	・ アレルギー性結膜炎	

④ 現在、服用中の薬がありますか？【 あり ・ なし 】

→「あり」と答えた方……**お薬手帳を受付にご提示ください。**

＊お薬手帳を忘れた、または、スマートフォンにお薬手帳がある場合は下記にご記入ください。

〔　　〕

⑤ 今までに、薬の副作用もしくは薬のアレルギーを経験したことがありますか？　【 あり ・ なし 】

＜ お薬の名前や副作用の状況 ＞

〔　　〕

⑥ 喫煙の有無

【 なし ・ あり 】　→ １日　　本　　年間

⑦ 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

【 いいえ ・ はい 】　→ 妊娠　　ヶ月　／　乳児の年齢　　歳　　ヶ月