

年 月 日

問診票

医療法人 仁桜会

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	大・昭・平・令		年	月	日
お名前		女	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	℃		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？⇒ はい・いいえ ※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 週日)・現在授乳中							

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 () ※だいたいでも大丈夫ですのでお書きください

鼻 (両・右・左) (透明鼻汁 黄色鼻水 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) (耳掃除希望 かゆい 痛い 聞こえが悪い 耳だれ 耳鳴「 」 めまい)

喉 (両・右・左) (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)

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 使用している ・ していない

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
新型コロナウイルス感染症(年 月 日)

その他 ()

③ 現在飲んでいるお薬、使用しているお薬はありますか？⇒ ない・ある

薬の名前 ()

医療機関名 ()

④ 花粉や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 ()

⑤ (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 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。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1：6点 加算2：2点(マイナ保険証利用時)