

初診受付票

ふりがな _____ 生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 月 日

氏 名 _____ 電話番号 () - _____

住 所 _____ 携帯番号 _____ - _____

- ※ 診察時にお名前でお呼びしてもよろしいですか。(はい・いいえ)
- ※ 問診を受付窓口でさせていただいてもよろしいですか。(はい・別室希望)
- ※ マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？(はい・いいえ)

今日は、どのような症状がありますか？ O印を付け、下の下線部分に詳細をお書き下さい。

鼻 　　いつ頃からですか？ _____

鼻づまり 鼻水 鼻がのどにながれる クシャミ 臭いがわからない
眼(かゆみ・充血・流涙・眼のショボショボ) 鼻血
頭痛・頭重 頬の腫れ・痛み 眉間やおでこの痛み 首肩こり
コンタクトは使用していますか(はい・いいえ)

耳(右・左) 　　いつ頃からですか？ _____

耳が聴こえにくい 耳漏(耳から膿がでていますか) 痛み かゆみ
耳鳴 　　どんな音がしますか？ジーン・シーンなど()
耳がつまった感じ 　　ふたをした感じ 　　めまい 　　フラツキ 　　睡眠は？ _____ 時間

咽喉 　　いつ頃からですか？ _____

咽の痛み 物を飲み込むと痛み 声がかすれる・声がでない
咳 痰 咽がつまった感じ 異常感 　　いがらっぽいはしかしい感じ
咽にしみる感じ 咽が渇く感じ
いびき 睡眠時に呼吸が止まる(呼吸が止まっている時間は？ _____ 秒)

*体 重 _____ kg

*タバコはお吸いになりますか。1日にどのくらいですか。(はい・いいえ) _____ 本

*お酒はお飲みになりますか。1日量などのくらいですか。(はい・いいえ)

() / () 2日 / 週 ビール350mlなど

*薬や食物などを服用して、アレルギーが出たり調子が悪くなったりすることはありますか？(はい・いいえ)

薬や食べ物の名前・症状などをお書きください

*現在、治療中の病気/感染症がありますか。(はい・いいえ)

a) 心臓病 b) 高血圧 c) 喘息 d) 腎臓病 e) 肝臓病 f) 糖尿病 g) 脳・脳血管系疾患
h) その他() 治療薬はありますか。(はい・いいえ)

*今までに手術を受けた事がありますか。(上記の疾患も含めて)(はい・いいえ)

手術名() 時期() 才) 病院名()

手術名() 時期() 才) 病院名()

*花粉アレルギーありますか。(はい・いいえ) _____ (※・2月ごろ鼻水など)

*アレルギーの検査(採血や皮内テストなど)を受けたことがありますか？(はい・いいえ)

*現在、妊娠しているまたは、可能性はありますか？(はい) 何ヶ月ですか _____ カ月・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。