

・診療申込書・

ID:

フリガナ				生年月日	性別
氏名				大昭平令 年 月 日	男・女
住所	〒 - (マンション名やビル名もご記入お願いします)			体重 (中学生以下のみ)	
				kg	
携帯電話 (- -) 固定電話 (- -)					

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致します。
 (医療情報・システム基盤整備体制充実加算あり) ※万が一の為、従来の保険証も一緒にご持参ください

※マイナ保険証による診療情報取得に同意をしますか? いいえ・はい

※今回の受診にあたり発熱 (37.0以上) がありましたか? 現在の体温→ (. °C)

ない・ある→ (最高 . °C: 日から 日間) ※ご家族様にお熱がある場合は

※1ヶ月以内にコロナの検査をされましたか? (検査の種類と結果に○印) 受付までお知らせください

いいえ・はい→ (検査日 月 日 PCR・抗原 : 陽性・陰性)

①いつからどのような症状がありますか? (当てはまること苦痛に思われることに○印)

耳 (みみ) 月 日~	耳だれ (右・左)	かゆい (右・左)	聞こえにくい (右・左)	耳鳴り (右・左)
	痛い (右・左)	耳あか (右・左)	こもった感じ (右・左)	めまい
		異物が入った (右・左)	補聴器の相談	ふらつき
鼻 (はな) 月 日~	鼻水	鼻血	いびき	無呼吸
	鼻づまり	花粉症		
	においがしない	花粉症の鼻焼手術 (希望・相談)		
咽頭 (のど) 月 日~	痛い	違和感	骨が刺さった	その他ご自由にご記入ください
	咳 (せき)	かゆみ		
	痰 (たん)			
	声がかれる	味がしない		
その他 月 日~	頭痛	アレルギー検査	顔がまがった	
	体がだるい	舌の痛み・はれ		
	寒気	頬 (ほほ) の痛み・はれ		
	はき気・下痢	首の痛み・はれ		

②お飲みのお薬がありますか?

※お薬手帳をお持ちの方は先生に直接お出しください
 ない・ある→ (薬名)

※女性の方のみお答えください

(1)妊娠中ですか?
 いいえ・可能性あり・はい→ (ヶ月)
 (2)授乳中ですか?
 いいえ・はい

③お薬や食べ物のアレルギーがありますか?

ない・ある→ ()

④麻酔 (歯科での注射を含む) で体調をくずしたことがありますか?

ない・ある

⑤大きな病気で手術や治療を受けられたことがありますか?

ない・ある→ (いつ頃: 病名: 治療中・経過観察中・治療終了)

⑥肝炎にかかったことがありますか?

ない・ある→ (B型・C型・その他)

⑦喫煙歴がありますか?

ない・ある→ (本/1日、 年間喫煙)

当院を知っていただいた理由は何ですか?

・知人 ・家族 ・他院の紹介 ・看板を見て→ (病院前・府庁前・市バス)
 ・インターネットを見て→ (検索ワード:) ・その他 ()