

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 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日	
お名前			年 齢	職 業
ご住所	〒 —	ご自宅の電話番号 — —		
		携帯電話番号 — —		
体重 ※12歳以下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 週目) ・ 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？

症状はいつからですか？（ ）←大まかでもお書きください 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「 」高音・低音） 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） めまい（ぐるぐる ふわふわ ゆれる 立ちくらみ 吐き気⇒ ある ・ ない） 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 治療中の病気、過去に治療した病気、手術歴があれば○をしてください。

また、服用している方は何の病気に対して服用していますか？ **病気によっては使用できない薬があります**

外耳炎 中耳炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 副鼻腔炎 扁桃炎 めまい 耳鳴 アトピー性皮膚炎
高脂血症 高血圧 糖尿病 うつ病 統合失調症 不眠症 てんかん 骨粗鬆症 前立腺肥大 喘息
白内障 緑内障 肝炎(B型・C型) 腎臓病() 心臓病() HIV COVID-19
その他・手術 ()

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 アレルギーまたは使用して具合が悪くなった薬はありますか？

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？

粉薬 シロップ(4歳まで) チュアブル(水がいらない・口の中で溶ける) 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？(※マイナナンバーカードをご利用の方のみ)

はい ・ いいえ

*当院は診療情報取得・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します。