

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	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？

いつから ( ) ←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「 」 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 過去に治療した病気、治療中の病気、手術歴があれば○、記載をしてください。

内服がある方は何に対して服用してますか？ ※病名によっては使用できない薬があります。

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 高脂血症 喘息  
アトピー性皮膚炎 鬱病 統合失調症 前立腺肥大 白内障 緑内障 肝炎(B型・C型) 糖尿病 腎臓病  
心臓病 HIV コロナウイルス ( 年 月 日)

その他症状・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 薬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(水がいらぬ・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

\* 当院は診療情報を取得・活用することで質の高い医療に努めています。正確な情報取得・活用する為マイナ保険証のご利用にご協力をお願いします。