

フリガナ		男・女	生年月日		
氏名			明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)		
住所	(〒 -)				
電話番号	ご自宅	携帯	15歳以下のお子様 (体重 Kg)		

★ご紹介 (ご紹介者様: 様)

1. どのような症状ですか。以下に○を付けてください。

発熱 : ない / ある °C

呼吸困難

耳(右・左) : 聞こえにくい かゆみ 痛み 耳あか 耳鳴 耳だれ 耳閉塞感 めまい

鼻 : 鼻づまり 鼻汁 においがしない いびき くしゃみ 鼻血 花粉症

のど : いたみ 飲みこみにくい 異物感 声がれ 咳 たん

その他 : 頭痛 吐き気 首の腫れ 顔の麻痺 言葉の遅れ 発音

味がわからない 睡眠時無呼吸 その他()

2. その症状はいつからですか？

3. すでに他の医療機関で治療を受けましたか？

いいえ / はい (いつ: どの病院:)

4. 過去に下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか？ ない

ある : 高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 腎臓病 肺疾患 喘息 甲状腺疾患 緑内障

新型コロナウイルス感染 その他()

✿花粉症(鼻アレルギー) 一年中 春・夏・秋・冬

5. 過去に手術を受けたことはありますか(いつ頃、どのような手術を受けられましたか)

なし / あり ()

6. 血液をサラサラにするお薬を飲んでいますか？ いいえ / はい

7. 現在飲んでいるお薬がありましたらお書きください(※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください)

(お薬／病院・医院名)

8. アレルギーについてご記入ください

薬のアレルギーが ない / ある 薬剤の名前:

麻酔薬のアレルギーが ない / ある 薬剤の名前:

食物アレルギーが ない / ある 食物の名前:

9. 喫煙歴: 吸わない / 以前吸ってた / 吸う 1日 本 × 年間

10. 飲酒歴: 飲まない / 飲む: 週(回)、 1日量(を 杯)

11. 女性の方にお伺いします。現在妊娠されていますか？ 妊娠している / していない / わからない

12. お差支えなければご自身以外に同居されている方的人数をご記入ください (人)

13. 1ヶ月以内に海外へ行かれたか？ はい / いいえ お差支えなければ国名をご記入ください()

※マイナ保険証による診療情報取得に同意 ☐した ☐しない

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。