

診療申込書

ID:

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	大 昭 平 令	年	月 日
住所	〒 _____ (マンションや建物、ビル名もご記入お願いいたします)			体重 (中学生以下のみ)	
携帯電話 (_____)	固定電話 (_____)			(_____)kg	

現在の体温 ℃

① 本日はどうされましたか？ (あてはまること・苦痛に思われることに○印をしてください)

耳(みみ) 聞こえにくい(右・左) こもったかんじ(右・左) 痛い(右・左) 耳鳴り(右・左)
 耳だれ(右・左) 耳あか かゆい その他() ふらつき めまい
 月 日～

鼻(はな) 鼻水 鼻づまり 鼻血 においがしない いびき 無呼吸 花粉症 花粉症の鼻焼手術(希望・相談)
 月 日～

咽喉(のど) 痛い 違和感 声がかれる 味がしない 咳(せき)が出る 痰(たん)が出る 息苦しい
 月 日～

発熱 平熱より高い発熱がある いつから 月 日～ 最高体温 _____℃
 月 日～

その他 舌の痛み 頬(ほほ)が痛む・はれる 首のはれ・痛み 顔がまがった 吐き気 嘔吐(おうと)
 月 日～ 頭痛 腹痛 下痢 倦怠感(体がだるい) 寒気 風邪 アレルギー検査希望

その他ご自由にご記入ください _____

② 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡してください
 ない・ある (薬名 _____)

③ 今までにお薬や食べ物のアレルギーはありましたか？
 ない・ある (_____)

④ 今までに大きな病気で手術や治療を受けられたことはありますか？また現在も治療中ですか？
 ない・ある (いつ頃: _____ 病名: _____) 治療中・経過観察中・治療終了

⑤ 麻酔や歯科での注射の麻酔などでご気分を悪くされたことはありますか？
 ない・ある

⑥ 喫煙をされていますか？
 ない・ある (_____ 本/日)

⑦ 肝炎にかかれたことはありますか？
 ない・ある (B型 / C型 / その他 など)

※以下⑧⑨は女性の方のみお答えください

⑧ 現在、妊娠中ですか もしくは可能性はありますか？
 はい (_____ ヶ月) ・ いいえ

⑨ 現在、授乳中ですか？
 はい ・ いいえ

マイナンバーカードでのマイナ保険証をご利用の方へ

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。
 マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか (はい ・ いいえ)