

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します。

ふりがな			生年月日	□大 □昭 □平 □令 年 月 日	
お名前			性別	□男 □女	年齢 歳
住所	〒 -				
電話番号	〈自宅〉		〈携帯電話〉		
緊急連絡先	〈氏名〉		続柄	〈電話番号〉	
体重	kg	お子様愛称	ちゃん・くん	職業	

1. 薬に対するアレルギーがありますか？ □いいえ □はい(薬の名前)
2. 食べ物に対するアレルギーがありますか？ □いいえ □はい(食べ物の名前)
3. 困っている症状は何ですか？ いつからですか？
4. 熱はありますか？ □いいえ □はい(度 分)
5. 咳はありますか？ □いいえ □はい
6. 今までの病気があればすべて教えてください。
□なし □高血圧 □糖尿病 □心臓病 □喘息 □肝炎 □緑内障 □その他()
7. 女性のみ:妊娠・授乳について □なし □妊娠中(か月) □授乳中
8. お子さんのみ:薬の剤形の希望 □粉 □水薬 □錠剤 □希望なし / 昼のお薬 □可 □ない方がよい
※ご希望に添えない場合もあります。
9. 現在飲んでいる薬がありますか？ □いいえ □はい(薬の名前)
10. この 1 年間で健康診断は受けられましたか？ □はい □いいえ
11. 院内での鼻・のど吸入について □希望する □希望しない □どちらでもよい
12. 当院に来院されたきっかけは何ですか？
□家が近い □家族が受診した □職場に近い □ホームページ □その他()

確認事項 (ご署名をお願いします)

☐ 問診票の記載内容は事実と相違ありません。

☐ 診療・検査・治療方針は診察結果により決定されることを理解しました。

☐ 患者様・付き添いの方・職員のプライバシー保護のため、院内での写真撮影・動画撮影・録音は、当院の許可なく行いません。

☐ 他の患者様や職員への迷惑行為・暴言・威圧的行為があった場合は、診療をお断りすることがあることを理解しました。

記入日: 年 月 日

署名 (本人または保護者): _____