

診察券ID	ふりがな	記入日	年	月	日
	お名前	(男・女)			
生年月日					
西暦	年	月	日	( 歳 ヶ月)	来院時体温 ℃
ご住所 〒					
お電話番号	-	-	緊急連絡先	携帯	- -

1、今日は主にどのような症状(あるいは目的)で来院されましたか？症状に○をつけていつから始まったのか教えてください。

- ・発熱 ( 月 日から)、最高( ℃)
- ・咳 ( 月 日から)
- ・痰 ( 月 日から) 黄、緑、粘調痰
- ・鼻みず ( 月 日から)
- ・呼吸が苦しい( 月 日から)
- ・のどの痛み ( 月 日から)
- ・発疹 ( 月 日から)
- ・その他 [ ]
- ・嘔吐( 月 日から)
- ・下痢 ( 月 日から)
- ・血便 ( 月 日から)
- ・腹痛 ( 月 日から)
- ・水分とれない ( 月 日から)
- ・頭痛 ( 月 日から)

2、家族・職場・学校に具合の悪い方がいたり、流行している疾患がありますか？(はい・いいえ)

3、既往歴(通院中の病気、入院、手術など)はありますか？(はい・いいえ)

4、現在使用している薬はありますか？(はい・いいえ) お薬手帳 (あり・なし)

[ 薬名:

5、今まで使用した薬で副作用がでたことはありますか？(はい・いいえ)

[ 薬名: 症状:

6、アレルギーはありますか？(はい・いいえ)

7、周囲にタバコ吸う人がいますか？(いる・いない)(誰: )

[ 紙巻きタバコ・加熱式タバコ・電子タバコ ]

8、女性の方へ聞きます 現在妊娠中ですか？(はい・いいえ)授乳中ですか？(はい・いいえ)

9、マイナ保険証による診療情報取得に同意 (する・しない)

\*当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています  
そのため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願い致します