

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:)

[紙巻きたばこ・加熱式たばこ・電子たばこ]

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