

フリガナ		性別	男 ・ 女	身長	cm	体温	(平熱	℃)
お名前				体重	kg		℃	
生年月日	T · S · H · R	年	月	日	年齢	歳		
住所	〒□□□□-□□□□ □□□□ □□ □□ □□							
電話番号		職業		ダイレクトメール	○ · ×			

<p>本日は、 どの、どのような症状で、 受診されましたか？ また、いつごろからですか？</p>	<p>どこ【みみ・はな・くち・のど・あたま・その他】(○をつけてください)</p> <p>症状</p> <p>いつから</p>		
<p>今回の診察で、詳しい検査を希望されますか？</p>	<p>はい ・ いいえ ・ わからない</p>		
<p>今までに、耳鼻いんこう科に かかったことはありますか？</p>	<p>ない ・ ある</p>	<p>あるの方(病名、症状、耳鼻科の病院名など)</p>	
<p>当院以外の病院で、 治療を受けている方に お尋ねします。</p>	<p>次の中で、ご自身の病気があれば、○をつけてください</p> <p>喘息・アトピー・高血圧・緑内障・前立腺肥大・不整脈・狭心症・糖尿病 腎臓病・脳梗塞・脳出血・その他の病名()</p>		
<p>何か薬を飲んでいますか？</p>	<p>いいえ ・ はい</p>	<p>はいの場合は、分かる範囲で教えてください</p>	
<p>薬や食べ物などに アレルギーはありますか？</p>	<p>ない ・ ある</p>	<p>あるの方</p>	
<p>タバコ、お酒についてお聞きします。 (およそで結構です)</p>	<p>タバコ【吸う(本/1日を 年間)・吸わない・やめた(年前)】</p> <p>お 酒【毎日飲む・たまに(機会飲酒)・飲まない】</p>		
<p>女性の方へ 現在、妊娠中・妊娠の可能性が ある・授乳中ですか？</p>	<p><input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい (妊娠 週目)</p> <p>授乳中【お子様は カ月】</p>		
<p>本日マイナ保険証をお持ちですか？</p>	<p>はい ・ いいえ</p>	<p>はいの方</p>	<p>マイナ保険証による診療情報 取得に同意しましたか？</p> <p>はい ・ いいえ</p>
<p>他の医療機関からの紹介状を持っていますか？</p>	<p>はい ・ いいえ</p>		
<p>(40歳以上の方) この1年間で健診(特定健診及び 高齢者健診に限る)を受診しましたか？ (マイナ保険証による情報取得に 同意された方については、記載省略可)</p>	<p>はい ・ いいえ ・ 40歳未満</p>	<p>はいの方(受診時期、指摘事項など)</p>	

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。

最後に、ご来院のきっかけを教えてください

- ご家族・ご親族 知人・ご友人の紹介 (お名前:)
 病院・診療所のご紹介 (病院・診療所名:)
 看板をみて (柚木・梅田町・中里・鹿子前入口・石・佐々・小佐々・市役所内)
 病院の前を通過 パンフレット インターネットなどの情報 その他 ()

※他の病院からの情報診療提供書(紹介状)、お薬手帳等、診察の手助けになるような書類がありましたら、お知らせください。