

初めて受診される方へ

No. _____

ふりがな _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

お名前 _____

年齢 歳 体重 kg

〒 _____

性別 男 ・ 女

住所 _____

TEL () _____

★今日の症状を○で囲んで、いつからか教えて下さい。

部位	症 状	いつからですか
顔	痛い 動きが悪い	
耳 右・左・両	聞こえにくい つまった感じがする 耳鳴り 耳だれ 耳が痛い 耳がかゆい 耳あか	
鼻	鼻水 くしゃみ 鼻づまり 鼻血 臭いがしない 鼻が痛い	
のど	痛い 飲み込めない 息苦しい 違和感がある	
首	痛い 腫れている	
その他	咳がでる たんがでる 頭痛がある 口内炎 声が出にくい めまい 目がかゆい 体温 ℃	

★注射や薬による副作用(じんましん等)はありますか。

ある(薬品名 _____) ・ ない

★食物でアレルギーはありますか。(卵など)

ある(食品名 _____) ・ ない

★今までにかかった大きな病気(入院、手術)はありますか。

ある(病名 _____) ・ ない

★現在、治療中の病気や服用中のお薬はありますか。《※お薬手帳をお持ちの方は提示してください》

ある(病名 _____ 薬 _____) ・ ない

★現在、妊娠していますか。

★授乳中ですか。

★たばこ _____ 本/日

はい(_____ 週) ・ いいえ

はい ・ いいえ

★マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。

はい ・ いいえ

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。◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

(医) 社団 桑栄会 木村耳鼻いんこう科