| 年 月 日                                     | _ 問  | 診 票       |                         | 診察券番号                  |  |
|---|--|-----------|-------------------------|------------------------|--|
| ふりがな                                      |  |           | (M/T/S/H/R)             | 年 月 日                  |  |
| お名前                                       | (男・女)  | お電話番号     | <del>-</del> :( )       |                        |  |
| ご住所 <sup>〒</sup> -                        |  |           |                         | (中学生以下のお子様)            |  |
|   |  |           |                         | 体重   kg<br>            |  |
| お薬手帳をお持ちのた                                | ちは受付にま   | き渡しいただき   | ますようお願いいたし              | ます                     |  |
|   |  |           | で提出ください                 |                        |  |
| (何  | 列:耳掃除希望  | 、1か月前からの。 | どが痛い、3日前から寝起る           | きにめまいがするなど)            |  |
|   |  |           |                         |                        |  |
|   |  |           |                         |                        |  |
|   |  |           |                         |                        |  |
|   |  |           |                         |                        |  |
| 2. 以下の検査や治療を希望される                         | 方は〇をお  | ら付けください   | •                       |                        |  |
| アレルギー、花粉症:                                | <b>万</b> 西 − − − − − − − − − − − − − − − − − − − | いこ1法の由述   | 云20八41項口坽木可             | 사. 1 <del>1등</del> · ) |  |
| ①アレルギー検査(注射 <sup>2</sup><br>②舌下免疫療法(スギ・   |  |           |                         | 能 Ⅰ咸~)                 |  |
| ③ゾレア注射(スギ花粉)<br>補聴器の調整や購入の相談              | 症重症の方  | に適応となる1   | 回で約1か月効果の線              | きく注射)                  |  |
|   | - 七 点气 43  | ナムバサニアノ   | *****                   |                        |  |
| 3.現在治療中の病気や今までかか<br>糖尿病 B型肝炎 前立腺肥         |  |           |                         | 寒•脳出血                  |  |
| 喘息 アレルギー性鼻炎(花粉                            | 1.5.1.51.1                                       |           |                         | - »                    |  |
| その他                                       | 1.5 141.   | 、由京・      |                         |                        |  |
| <b>4.服用中の薬はありますか?</b> (い<br>※内容のわかる薬手帳をお持 |  |           | ヒー緒に受付にご提出              | 出ください。                 |  |
|   |  |           |                         |                        |  |
| <b>5.アレルギーはありますか?</b> 局<br>(なし・あり→なにで:    | 所麻酔の注  | 射や、薬・食△   | <sup>、</sup> 物など<br>症状: | )                      |  |
| (30 3)                                    |  |           | /III// 1                | ,                      |  |
| <b>6. 喫煙されますか?</b> 吸わない 吸                 | う(1日   | 本 年間)     | 以前は吸っていた(1日             | 本 年間)                  |  |
| 7. この1年間に健診を受診しました                        | <b>:か?</b> い                                     | いえ・はい(指摘  | 萬事項:                    |                        |  |
| 8. 女性の方へ                                  |  |           |                         |                        |  |
| 妊娠中もしくは妊娠の可能性が                            |  |           | ・可能性がある・はい              | . ( 週)                 |  |
| 授乳中ですか? いいえ・ん                             | はい(お子様   | 兼 カ月)     |                         |                        |  |
| 9. 未就学児の方 保育園や幼稚園                         | に通ってい  | ゝますか?     | はい(託児所/保育               | 園 / 幼稚園)・いいえ           |  |
| 10.お子様のお薬について、希望の                         |  |           | •                       |                        |  |
| はい(粉薬 / シロップ / 錠剤)<br>                    |  |           |                         | ∄ <i>)</i>             |  |
| 11.マイナ保険証による診療情報取行                        | 导に同意し  | ましたか(い    | いえ・はい)                  |                        |  |

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。