

初めて受診される方へ

記入日：令和 年 月 日

フリガナ

氏名： (男・女) (体重 kg)

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 (年齢 才) ヶ月

住所：〒

電話番号①自宅 () - ②携帯 () -

1. どうなさいましたか？ ○をつけてください。(一番困るものに◎)

症状はいつからですか？ [] から

耳

(右・左) 痛い・かゆい・耳だれ・出血・耳あか

聞こえにくい・つまった感じ・耳鳴り・めまい(回転性・ふわふわ)

鼻

鼻づまり・鼻みず(水様・黄・緑)・くしゃみ・鼻血(右・左：止血 分)

のど

痛い・つまった感じ・せき・たん・声がれ・口内炎

眼

かゆい・涙・メヤニ

熱

ない・ある ⇒現在の体温 °C ・身体のだるさ・寒気

その他

嗅覚(にびい/全く感じない)・味覚(にびい/全く感じない)・イビキ・睡眠時無呼吸
()

★お薬手帳をお持ちの方は、お出しください

2. 現在及び過去に継続して治療した病気(成人病など)や手術はありますか？

いいえ はい 病名() 服用中のお薬()

3. 今までにアレルギー歴(お薬、食べ物、喘息、花粉症)などありますか？

いいえ はい () 花粉症： 月～ 月

4. 現在、妊娠中または授乳中ですか？(成人女性のみ記入してください)

いいえ 妊娠中(予定日 / : 病院名) 授乳中

5. 現在の登園状況

未登園 登園中 (年 月から 幼稚園 保育園 託児所)

6. 当院をお知りになったきっかけは？(複数回答可)

ご紹介(ご家族・知人 様) 近所・通りががり 看板
 当院HP(スマホ・PC) 当院HP以外のインターネット(スマホ・PC)
 その他(具体的に)

7. その他 医師に聞きたいこと、要望がございましたら記入してください

※当院はマイナ保険証の利用や問診表等を通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。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よろしくお願いいたします。

花粉症でご来院の方は以下の質問にもお答え下さい

フリガナ

氏名 _____

症状について教えてください

- ・ 例年は いつ頃からいつ頃まで症状が続きますか _____ 月から _____ 月 _____ 旬頃まで
- ・ 鼻づまりはありますか
 - 少しある 時々口で呼吸している いつも口で呼吸している
- ・ 鼻水が出て鼻をかみますか
1日に 0～5回 6～10回 11回以上
- ・ くしゃみが出ますか
1日に 0～5回 6～10回 11回以上
- ・ 目のかゆみがありますか
 - ほとんどない すこしかゆい 目をこするぐらい

薬に対して望むことを教えてください

- ・ 飲み薬について
 - とにかくよく効く (眠気が出ることがあります)
 - 眠気が少ない (効果が比較的弱くなります)
 - 1日1回の服用がよい
 - 値段が安い
 - その他 (_____)
- ・ カゼ薬で眠くなりやすいですか はい いいえ 分からない
- ・ 点鼻薬は希望されますか はい いいえ 医師と相談
- ・ 目薬は希望されますか はい いいえ 医師と相談

- ・ 以前内服していた花粉症のお薬があれば教えてください あり 無し
(_____)
その薬は良く効きましたか (_____)
- ・ 当院では花粉症に対しレーザー治療を行っていますが、興味はありますか
 はい いいえ
- ・ 当院ではスギ花粉症に対し舌下免疫療法を行っていますが、興味はありますか
 はい いいえ

アレルギーの原因を調べてほしいですか？ (3割負担で4000円程かかります)

- はい いいえ

ご記入ありがとうございました。