

受診カード

森岡耳鼻咽喉科

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証のご利用にご協力をお願い致します。

* マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (同意する・同意しない)

※保険証を提示された方は同意しないを選択してください

* 他の医療機関の紹介状をお持ちですか？ (はい・いいえ)

* この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？ (はい・いいえ)

ふりがな

氏名 _____ 男・女 年齢 _____ 歳

〒 _____

住所 _____

※12歳未満

体 重 _____ kg

熱性けいれん

(有 ・ 無)

TEL 自宅(_____) _____ 携帯(_____) _____

本日はどうされましたか？該当する項目に○を付けてください。

☆熱 あり	℃	☆検査希望	インフルエンザ	・	コロナ
☆耳 (右・左)	痛い (激しい、鈍い)	耳だれ	耳鳴り	耳垢	
	聞きにくい	ポーンとする	かゆい		
☆鼻 (右・左)	鼻づまり	鼻水が出る	くしゃみ	鼻血	痛い
					臭いが分からない
☆口・のど	咳 (朝、日中、深夜)	痛い	口内炎	痰が絡む	味が分からない
	声が出しにくい	飲み込みにくい	違和感	乾く	いびき
☆めまい	フワフワする	回転する			
☆その他の症状					

症状はいつからですか？ (_____)

[1] 1ヶ月以内にインフルエンザ・コロナに感染されましたか？ (はい・いいえ)

インフルエンザ ・ コロナ 発症日(____ / ____)

[2] 現在又は過去に、病気や手術をされた事がありますか？ (はい・いいえ)

病名: 糖尿病 高血圧 脳梗塞 心筋梗塞 狭心症 緑内障 結核 前立腺肥大

その他(_____)

[3] 現在、他の医療機関に通院中ですか？ (はい・いいえ)

医療機関名: _____ 病名: _____

[4] 現在、薬を服用していますか？ (はい・いいえ)

薬剤名: _____

※お薬手帳があれば提出をお願いします。

[5] 薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？ (はい・いいえ)

薬剤名又は食品名: _____

[6] (女性の方のみ)妊娠中又は授乳中ですか？ (はい・いいえ)

妊娠(____ ヶ月) ・ 妊娠の可能性が有る ・ 授乳中