

**【新患記入用紙 兼 外来問診票】** 記入日:令和 年 月 日

フリガナ	性別	男M・女F	生年月日	昭和 平成 年 月 日	
お名前 (Name)	年齢 (Age)	歳	(Birth)	令和 (西暦)	
			電話番号	携帯 (続柄) 自宅 (続柄) 帰省先 (続柄)	
現住所 (Address)	〒				
帰省先	勤務先(学校名)				
<b>@ 耳 鼻 咽 喉 科</b>			小児科の方(15歳未満)	女性の方	
			体重	kg	薬の種類

●どこが、どのように具合が悪いですか？

耳( 耳あか 聞こえにくい 耳が痛い 耳がかゆい 耳鳴り 耳だれ )

鼻( 鼻水 鼻づまり 鼻水がのどに流れてくる 鼻血 においがわからない

花粉症 アレルギー性鼻炎)

のど( のどが痛い 飲みこみにくい のどに何か詰まった感じがする

声がかれる、出にくい 味がわからない、味がおかしい 痰がからむ )

首( 首が腫れている )

顔( ほっぺたが腫れる 顔が動きにくい )

咳 めまい 熱(体温: °C) その他( )

◎これらの症状はいつからですか? 月 日 時頃から 日前から

●まわりで感染症が流行していますか? はい・いいえ

「はい」と答えられた方、どこで何が流行していますか?

場所 (例):○○保育園 家族 勤務先 ) 症状名 (例)コロナ インフルエンザ 溶連菌 ノロ )

●マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? はい・いいえ

※同意することにより、他院で処方された薬等の情報を、医師が取得することができます。

●現在、飲んでいる薬がありますか? はい・いいえ

※マイナ保険証で情報取得済の方は、下記記載不要です。

(例)ピラリア 血圧の薬 塗り薬 アレルギーの薬

●おくすり手帳をお持ちですか? はい・いいえ

裏面へ続く➤

●現在、他の医療機関に通院していますか？現在、治療中の病気がありますか？

大きな病気や手術をしたことがありますか？ はい・いいえ

医療機関名 (1) \_\_\_\_\_  
(2) \_\_\_\_\_

受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

治療内容 ( \_\_\_\_\_ )

●特定健診や高齢者健診を、この1年間のうちに受けましたか？ はい・いいえ

●喘息の既往はありますか？ はい・いいえ

●喫煙、飲酒について教えてください。

喫煙： 吸わない 吸う ( 本/日 × 年間 )

喫煙した( 年前から。それまで喫煙( 本/日 × 年間 ) )

飲酒： 飲まない 飲む( 週 日 ) 種類・量 ( )

●お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ はい・いいえ

●女性の方で、1枚めの妊娠の有無で有に○をされた方

現在、授乳中ですか？ 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。

◆医療情報取得加算(マイナカードを利用された方@加算2・4:1点 その他保険証を利用された方@加算1:3点 加算3:2点)