

# 再診問診票

ID : (記入日 令和 年 月 日)

|          |  |        |     |   |   |    |  |
|----------|--|--------|-----|---|---|----|--|
| フリ<br>ガナ |  | 生年     | 大・昭 |   |   |    |  |
| 氏        |  | 月日     | 平・令 | 年 | 月 | 日  |  |
| 名        |  | 男<br>女 |     |   | ( | 歳) |  |

(体温 ℃ ・体重 kg)

マイナカードの診療情報取得 (マイナ不使用・同意・不同意)

1) 今回ご受診の症状はいつ頃からですか？

今日から ・ 日前から ・ 週間前から ・ ヶ月前から ・ 年前から

2) お困りの症状は？ (今回ご受診の症状に◎を、当てはまる症状の全てに○をつけて下さい)

- ・みみ : (右・左・両方) 耳だれ・痛み・耳のつまり・耳のかゆみ・聞こえにくさ・耳鳴り・耳掃除
- ・はな : 鼻づまり・鼻水 (さらさら・ねばねば) ・くしゃみ・ムズムズする・においがわからない  
: 鼻血 (右・左) ・花粉症
- ・のど : のどの痛み・のどのつまり・のどのはれ・せき・たん・声のかれ・味がわかりにくい
- ・その他 : 発熱・頭痛・めまい・首のはれ・いびき・無呼吸・禁煙希望・補聴器相談
- ・それ以外 ( )

3) 現在飲んでいる薬がありますか？ はい・いいえ

お薬手帳お持ちであればお預かりします。

なければ具体的にお書きください ( )

4) 今までに注射や飲み薬で気分が悪くなったりじんましがでたり、あわなかった事がありますか。

はい・いいえ その時のお薬の名前 ( 不明・ )

5) 局所麻酔薬 (歯の治療、傷を縫った時など) でアレルギーがでたことがありますか？

はい・いいえ・麻酔薬を使ったことがない

6) 今までに次の病気にかかったことがありますか？

ぜんそく・アトピー・心臓病・高血圧・糖尿病・胃潰瘍・肝臓病・腎臓病・緑内障・結核・がん

その他 ( )

7) 女性の方へ

今 妊娠していたり その可能性はありますか？ はい・いいえ ( 週目)

授乳中ですか？ はい・いいえ

ご記入ありがとうございました