

お名前 \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_℃

1. 受付時にマイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？  いいえ  はい

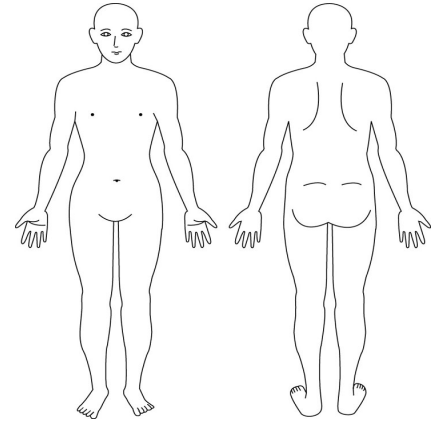
2. 本日の受診理由について

・いつ頃からどのような症状がありますか？

[ \_\_\_\_\_ ]

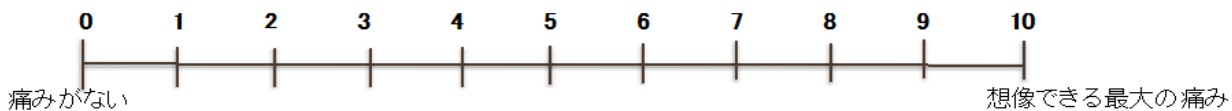
・症状が出たきっかけ、原因は何ですか？

[ \_\_\_\_\_ ]



3. 症状のある部位を右の図にご記入ください。

4. 痛みのある方：現在の痛みの程度を 10 段階で表してください。



5. 現在、治療中の病気がありますか。

ない  ある (病名 \_\_\_\_\_) (医療機関名 \_\_\_\_\_)

6. 現在、飲まれているお薬はありますか。

ない  ある → お薬手帳をご提示ください (お持ちでない方はご記入ください)

(お薬の名前: \_\_\_\_\_)

7. 今までに入院、手術などをして治療したことはありますか。

ない  ある (病名: \_\_\_\_\_) (医療機関名 \_\_\_\_\_)

8. アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか。

ない  ある →  アトピー性皮膚炎  食べ物のアレルギー  アレルギー性鼻炎  
 喘息  その他  薬のアレルギー (薬剤名: \_\_\_\_\_)

9. 女性のみ 妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか。

ない  ある 【出産予定日: 月 日】  授乳中である