

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症状（のある部位）を教えてください。

 耳（右・左） 鼻 のど めまい その他（ _____ ）

3.いつ頃からどのような症状がありますか

〔 _____ 〕

4.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 _____ ）

5.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： _____ ）

6.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 _____ ）

7.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
 薬のアレルギー（薬剤名： _____ ）
 その他（ _____ ）

8.嗜好品についてお答えください。

たばこ : 吸う（1日 _____ 本） たばこを吸っている年数（ _____ 年間）
 吸ったことがある：（ _____ ）年前から禁煙した 吸ったことがない
アルコール： 飲む（1日 _____ ） 機会飲酒 飲まない(飲めない)

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