

問診票

妊娠中(w)	授乳中
鼻洗浄	指示なし 毎日できている 不定期 (頻度) できていない

検査(尿・血液・他)

検査結果希望

定期薬	約2カ月毎の吸入薬 オルベスコ フルタイト・アドエア
	症状により使う薬 プリビナ 吸入薬 内服薬
目薬 塗り薬	
保湿剤	ヒルドイド フォーム ソフト軟膏 ローション クリーム
	プロペト 他 (前回処方日)

薬剤形	トライシロップ 粉薬 錠剤 カプセル
	座薬

けいれん・熱性痙攣の既往 有 無

貼り薬でかぶれる

当院でアレルギー疾患の治療歴のない方

本人アレルギー歴	あり・なし・不明
	家族のアレルギー歴 あり・なし・不明

当院での鼻炎治療経験
あり・なし

氏名	年齢
----	----

	身長	体重	診察時体温
申告値	cm	kg	℃
院内			腹囲

太枠内をご記入
または太字の当てはまる項目を○で囲んで下さい

本日連絡のつく電話番号
(
本人・父・母・他()

周囲で流行っている病気	園・学校名など
-------------	---------

症状・いつから・経過・気になる事・聞きたい事等	クリニック記入
咳が出る場合: 乾いている (痰がからまない コンコン) 湿っている (痰がからむ ゴホゴホ) せき込み嘔吐: あり ・ なし 寝ている時途中で 起きる ・ 起きない	家族で同じ症状の人:

フルミスト(点鼻ワクチン)の接種 [受けた (接種日 /) ・受けない]
当院以外で治療中の病気(医療機関名・受診日・治療内容)

当院処方以外に飲んでいる薬(薬剤名・投薬期間など)
※お薬手帳を提出した場合は記入不用

これまでに当院にお伝えいただいたいないもの
今までにかかった病気()

入院手術をする病気: 病名	時期
水ぼうそう・おたふく風邪・百日咳・RSウイルス・溶連菌感染症	

他院からの紹介状 (受付で提出)	マイナ保険証利用 診療情報取得に同意	(40歳以上の方) 1年内特定健診受診
---------------------	-----------------------	------------------------

- クリニック使用欄
- 定期薬処方
- 臨時薬処方
- 指導
- 点眼
- 点鼻/鼻洗浄
- 吸引
- 吸入
- タッピング
- 処置
- 点滴
- 吸引/吸入
- 浣腸
- 生体検査
- XP(頭)
- XP(胸腹)
- XP(手・他)
- エコー
- 院外検査
- 鼻汁
- 採血
- 血型
- 尿
- 院内検査
- 尿一般
- CRP
- 溶連菌
- 喉 眼 アデノ
- ヒトメタ RS
- マイコ
- Flu・COV
- Flu
- COV
- ノロ
- ロタ アデノ
- 迅速加算

当院では診療情報を取得・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致します。医療情報取得加算を算定させていただきます