

問診票

氏名

年齢

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

妊娠中(☐)

授乳中

鼻洗淨

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
フルタイド・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

	身長	体重	診察時体温
申告値	cm	kg	℃
院内			腹囲

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ていないもの

今までにかかった病気()

入院手術を要する病気: 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年以内特定健診受診

クリニック使用欄

定期薬処方

臨時薬処方

指導

点眼

点鼻/鼻洗淨

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