

当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・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いたします。

※マイナ保険証とはマイナンバーカードを健康保険証として利用することで下記の点数が加算されます。

令和6年1月から  
初診 マイナ同意する 2点 マイナ同意しない 4点  
再診 加算なし

診察券番号	生年月日	体重※15歳未満のみ	フリガナ	性別
	年 月 日	kg	氏名	男・女
住所				電話番号
〒				

マイナ保険証による 診療情報取得に同意しますか？	はい ・ いいえ		
困っている症状	<input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 目のかゆみ <input type="checkbox"/> のどのかゆみ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
症状の出現時期	<input type="checkbox"/> 1年を通じて <input type="checkbox"/> 特に悪い月がある ( 月～ 月)		
原因として わかっているものが あれば教えてください	<input type="checkbox"/> スギ <input type="checkbox"/> ヒノキ <input type="checkbox"/> カモガヤ <input type="checkbox"/> ブタクサ <input type="checkbox"/> ヨモギ <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> カビ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明 → アレルギーの採血を希望しますか？ はい ・ いいえ		
薬について	<input type="checkbox"/> 以前の薬を希望 ( )		
	<input type="checkbox"/> 希望の薬 ( )		
	<input type="checkbox"/> 希望は特になし ※希望なしの場合は剤型と服薬回数など希望を伺っています。		
	希望の剤型	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 貼付剤 <input type="checkbox"/> 先生に任せる	
	希望の服薬回数	<input type="checkbox"/> 1日1回 <input type="checkbox"/> 1日2回	
希望の種類	<input type="checkbox"/> 眠気の少ない薬 <input type="checkbox"/> 効果の強い薬 <input type="checkbox"/> その中間くらいの薬		
過去の治療薬で効果が 不十分であったものが あれば教えてください			
症状に応じて、点眼薬、 点鼻薬の処方と漢方薬を 併用していますが 希望しますか	点鼻薬	<input type="checkbox"/> 希望あり ( ) <input type="checkbox"/> 希望なし	
	点眼薬	<input type="checkbox"/> 希望あり ( ) <input type="checkbox"/> 希望なし	
	漢方薬	<input type="checkbox"/> 希望あり ( ) <input type="checkbox"/> 希望なし	
治療について	舌下免疫療法	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 説明を聞きたい	
	抗IgE抗体療法 (ゾレア皮下注)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 説明を聞きたい	
例年症状がひどいときの 1日当たりの症状を 教えてください	くしゃみの回数/日	<input type="checkbox"/> 5回未満 <input type="checkbox"/> 6～10回 <input type="checkbox"/> 11～20回 <input type="checkbox"/> 21回以上	
	鼻をかむ回数/日	<input type="checkbox"/> 5回未満 <input type="checkbox"/> 6～10回 <input type="checkbox"/> 11～20回 <input type="checkbox"/> 21回以上	
	鼻づまりの程度	<input type="checkbox"/> 鼻は詰まるが口呼吸はない <input type="checkbox"/> 鼻づまりがひどくときどき口呼吸	
		<input type="checkbox"/> 鼻づまりがひどくかなりの時間口呼吸 <input type="checkbox"/> 1日中完全につまっている	

現在かかっている 医療機関	あり・なし（ ）
希望する薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
現在、治療中の病気は ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> その他（ ）
現在、飲んでいる お薬はありますか？	はい・いいえ（ ） *マイナ保険証による情報取得に同意された場合は、直近1ヶ月以内の処方箋を除いて記載は省略可
今日と同じ症状に対して 治療を受けていた方は 服薬の内容を 教えてください	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 服薬の内容
今までの耳鼻科治療での 疑問点、不安点、 ご不満なところがあれば 教えてください	
この1年間で健診（特定 健診および高齢者健診に 限る）を受診しましたか？	はい・いいえ 受診時期（ ） 指摘事項（ ） *マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載を省略可能
お薬や食べ物の アレルギーはありますか？	はい・いいえ 食べ物（ ） 薬（ ）
喫煙されていますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（1日あたり 本 喫煙歴 年） <input type="checkbox"/> 禁煙した [ 年前から] 当時（1日あたり 本 喫煙歴 年）
飲酒されていますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む [週 日] 種類・量（ ）
[女性の方] 妊娠中あるいは妊娠の 可能性、授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> 妊娠中（ 週） <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中（ 才 ヶ月） <input type="checkbox"/> いいえ
当院をどちらで お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 先生の見つけ <input type="checkbox"/> 通院していた <input type="checkbox"/> その他（ ） 知人の紹介（ ）さん 先生の見つけ（ ）先生