

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名 ( ) 歳 男性・女性 ご職業

(大・昭・平・令)

生年月日 年 月 日 自宅： 電話番号 携帯電話：

ご住所 〒

◆ ご来院は初めてですか？ ( 初めて 久しぶり )

◆ 本日の体温をご記入ください。 ( °C )

◆ どのような症状がありますか？ ○でかこんでください。

耳 痛い かゆい 水や膿が出る 耳垢

(右・左・両) 聞こえが悪い つまった感じ 耳鳴り めまい

鼻 鼻出血 鼻づまり 鼻汁 (水様性・膿性)

くしゃみ 臭いがわからない

のど 痛みがある つかえる・つまる むせる

声がかれる 咳・痰

その他 口内炎 いびき 花粉症 顔面神経麻痺

その他の症状 ( )

◆ 症状はいつからですか？ ( )

◆ 今までにかかった病気、治療中の病気、現在服用中の薬があればご記入ください。

高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 緑内障 喘息 前立腺肥大 腎臓病 アトピー

その他 ( )

服用中の薬 ( )

◆ 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？ (ある・ない)

薬剤名 ( )

症状 発疹がでた 息苦しくなった ひどい下痢をした 胃痛 動悸 悪心

その他 ( )

◆ 小児の方は体重をご記入ください ( kg)

◆ 妊娠中または可能性はありますか？ (はい ヶ月・ いいえ)

◆ 授乳中ですか？ (はい：お子様の年齢 歳 ヶ月・ いいえ)

◆ アレルギーはありますか？ (はい・ いいえ)

牛乳・卵・スギ・ヒノキ・ハウスダスト・ダニ・その他 ( )

※マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ (はい・ いいえ)

当院は正確な診療情報を取得・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。マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。