

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)
- ◆ 発熱がある場合、いつからですか？ (月 日から 日間。最高体温は °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 花粉症

のど 痛みがある つかえる・つまる むせる
声がかれる 咳・痰 体がだるい

その他 口内炎 いびき 睡眠時無呼吸 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 腎臓病 緑内障 前立腺肥大 喘息 アトピー
その他 ()

服用中の薬 ()

※服用中のお薬がある方は、お薬手帳を受付にご提示ください

- ◆ 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？
(ない ・ ある) ⇒ 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 ()

- ◆ 服用できない薬の種類はありますか？ (ない ・ ある) ⇒ 錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ剤

- ◆ 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・ブタクサ・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お願い致します。